

Schulze, Alisa

Ökonomisierung der Sozialen Arbeit im Krankenhaussozial-
dienst

BACHELORARBEIT

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2021

Schulze, Alisa

Ökonomisierung der Sozialen Arbeit im Krankenhaussozial-
dienst

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2021

Erstprüfer: M.A. Soziale Arbeit Markus Lohse

Zweitprüferin: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Bibliographische Beschreibung:

Schulze, Alisa:

Ökonomisierung der Sozialen Arbeit im Krankenhaussozialdienst. 52 S. Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit, 2021

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema Ökonomisierung der Sozialen Arbeit im Krankenhaussozialdienst. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf der Beantwortung der Forschungsfrage: „Inwieweit beeinflusst Ökonomisierung die Soziale Arbeit im Krankenhauskontext?“, mithilfe von mehreren leitfadengestützten Expert*inneninterviews und wird von einer intensiven Literaturrecherche ergänzt.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

1 Einleitung	6
2 Begriffsverständnisse	8
2.1 Sozialdienst	8
2.2 Klinische Sozialarbeit	9
2.3 Krankenhaussozialdienst	10
2.4 Ökonomie/Ökonomik/Ökonomisierung	10
2.5 Ökonomisierung im Krankenhaussetting	11
3 Aktueller Forschungsstand und theoretische Bezüge	12
3.1 Aktueller Stand der Forschung.....	12
3.2 Blick auf die Literatur.....	13
Exkurs: Paradoxien der Sozialen Arbeit.....	13
4 Theoretischer Grundriss und Umsetzung der empirischen Methodiken	15
4.1 Grundprinzipien der qualitativen Sozialforschung.....	15
4.2 Leitfadengestütztes Expert*inneninterview	16
4.2.1 Leitfadenerstellung	17
4.2.2 Pretest	20
4.2.3 Interview	21
4.2.4 Transkription.....	22
4.3 Qualitative Inhaltsanalyse	23
5 Zusammenfassung der Analyseergebnisse	27
5.1 Auswertung Kategorie 1: Betroffenheit der Einrichtung	27
5.2 Auswertung Kategorie 2: Beeinflussende Faktoren	29
5.2.1 Faktoren der Ökonomisierung.....	29
5.2.2 Auswirkungen auf die Soziale Arbeit.....	31
5.3 Auswertung Kategorie 3: Chancen	33
5.4 Auswertung Kategorie 4: Risiken	36
5.5 Auswertung Kategorie 5: Tripelmandat.....	38
5.6 Auswertung Kategorie 6: Persönlicher Umgang mit Thematik	40
5.7 Auswertung Kategorie 7: Ähnliche Einrichtungen	43
5.8 Auswertung Kategorie 8: Veränderungen durch die Pandemie.....	46
6 Fazit	50
Anhang	53
Literaturverzeichnis	108
Selbstständigkeitserklärung	112

Abkürzungsverzeichnis

BWL	Betriebswirtschaftslehre
COVID-19	SARS-CoV-2; Coronavirus
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit
DRG	Diagnosis Related Groups; Diagnosebezogene Fallgruppen
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
NSM	Neues Steuerungsmodell
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch; Krankenversicherung
SGB XI	Elftes Sozialgesetzbuch; Pflegeversicherung
SGB XII	Zwölftes Sozialgesetzbuch; Sozialhilfe
VWL	Volkswirtschaftslehre

1 Einleitung

Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist bis heute eines der größten Arbeitsfelder der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Dabei stellen Aufgaben dieser Profession in Bezug auf die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung historisch betrachtet den am frühesten und umfangreichsten ausgebauten Sektor dieses Arbeitsfeldes dar (vgl. Homfeldt; Sting 2018, S. 573).

In dem Kontext der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit bewegt sich diese Bachelorarbeit. Genauer befasst sie sich mit dem Thema Ökonomisierung der Sozialen Arbeit im Krankenhaussozialdienst. Das Praxisfeld der Sozialen Arbeit in Krankenhäusern etabliert sich seit den 1920er Jahren. Dabei bestehen die Aufgaben der Profession

in der Bearbeitung sozialer Folgeprobleme im Rahmen der Arbeit, der Angehörigen sowie des Wohnens, die durch die Einweisung in das Krankenhaus entstehen können. Zudem in der Schnittstellenarbeit, beziehungsweise der Klärung von Schnittstellenproblemen zwischen einer ambulanten und (teil-)stationären Versorgung sowie in der Bewältigung sozialer Integrationsprobleme, die im Zusammenhang mit verschiedenen Krankheitsverläufen auftreten (vgl. Homfeldt; Sting 2018, S 573). Dies findet im Rahmen des Entlassmanagements statt, das seit 2017 im fünften Teil des Sozialgesetzbuches, gemäß § 39 Absatz 1a SGB V rechtlich verankert ist (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021).

Die Motivation zur Beleuchtung dieses Themas kam erstmals während des sechsmonatigen Praktikums im Sozialdienst eines Krankenhauses im Rahmen des Studiums auf. Hierbei stellte sich der Faktor der Ökonomisierung, oft auch in Kombination mit dem Tripelmandat, als äußerst spürbar und präsent dar. Der wirtschaftliche Druck lastete dabei sowohl auf dem medizinischen Personal sowie den Sozialarbeiter*innen¹, als auch auf den Patient*innen. Denn diese befinden sich nur für eine bestimmte, durch Indikationen festgesetzte Verweildauer, in der Institution.

Auch im Diskurs mit weiteren Einrichtungen des Gesundheitswesens fiel oft auf, dass sich der wirtschaftliche Druck, den die Ökonomisierung mit sich bringt, negativ, beziehungsweise hinderlich auf die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld auswirkt. Aus den gesammelten Praxiserfahrungen entwickelte sich das Erkenntnisinteresse zu der Frage: „Inwieweit beeinflusst Ökonomisierung die Soziale Arbeit im Krankenhauskontext?“. Diese stellt in der folgenden Bachelorthesis die Forschungsfrage dar, die es

¹ Um in dieser Bachelorarbeit eine gendersensible Schreibweise zu nutzen, wird das Sternchensymbol verwendet. Dies erzeugt eine sogenannte Gendergap zwischen der männlichen und weiblichen Endung eines Wortes, die der Hervorhebung der Geschlechtervielfalt jenseits eines binären Geschlechtermodells dient (vgl. Universität Bielefeld 2021).

mithilfe von der qualitativen empirischen Methode des leitfadengestützten Expert*innen-interviews wissenschaftlich zu untersuchen gilt.

Zunächst sollen in Punkt 2 Begriffsklärungen erfolgen, um eine Grundlage für das weitere Verständnis der Arbeit zu fördern. Dabei geht es um die Begriffe Sozialdienst, Klinische Sozialarbeit, Krankenhaussozialdienst, Ökonomie, Ökonomik und Ökonomisierung im Allgemeinen sowie Ökonomisierung im Krankenhaussetting, die es zu definieren und voneinander abzugrenzen gilt.

Punkt 3 umfasst dann die Fragen wie das Thema in der Literatur behandelt wird und ob es bereits Befragungen in diese Richtung gab. Zudem wird ein Exkurs zum Thema Paradoxien sowie Antinomien im professionellen sozialarbeiterischen Handeln stattfinden, um später in der Auswertung darauf verweisen zu können.

Der vierten Punkt befasst sich mit einem theoretischen Grundriss und der Umsetzung der empirischen Methodik. Dabei wird zuerst auf das leitfadengestützte Expert*inneninterview als Datenerhebungsmethode Bezug genommen sowie auf die Erstellung des Leitfadens, den Pretest und die Transkription eingegangen. Danach folgt eine Ausführung zur Qualitativen Inhaltsanalyse als Datenanalysemethode, die eine theoretische Rahmung der ausgewählten Methode nach Philipp Mayring sowie die Analyse der erhobenen Daten beinhaltet. Die einzelnen Schritte der Datenerhebungs- sowie Analysemethode werden zuerst fachlich fundiert beschrieben, um danach den Prozess der Forscherin zu reflektieren.

Anschließend findet sich in Punkt 5 der Raum, die daraus folgenden Ergebnisse zu präsentieren. Dabei werden die von den Expert*innen getätigten Aussagen durch eine Literaturrecherche fachlich fundiert ergänzt und verglichen.

Schlussendlich folgt im sechsten und damit letzten Punkt ein Fazit, das die vorher präsentierten Ergebnisse der Expert*inneninterviews sowie der Literaturrecherche zusammenfasst. Damit kann im Anschluss die Forschungsfrage beantwortet und ein abschließendes Resümee gezogen werden.

2 Begriffsverständnisse

In diesem Abschnitt werden, wie bereits in der Einleitung erwähnt, verschiedene Begrifflichkeiten definiert, um sie somit untereinander zu differenzieren und einzuordnen. Dies soll dem weiteren Verständnis der Arbeit dienen.

2.1 Sozialdienst

Der Begriff Sozialdienst oder Soziale Dienste entstand in der Zeit des deutschen Kaiserreichs im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge und wird bis heute als ein zentrales Element davon angesehen. Es entwickelten sich neue Einrichtungen, deren Hauptaufgabe in personenbezogenen Dienstleistungen wie Wohnungs-, Gesundheits-, Jugend- und Arbeitslosenfürsorge lagen. Bislang existiert jedoch trotz der selbstverständlichen Verwendung des Begriffs Soziale Dienste noch keine allgemein anerkannte Definition, lediglich Definitionsvorschläge. Es wird dieser Begrifflichkeit eine Differenz zwischen Sozialen Diensten als Leistungserbringer sowie sozialen Dienstleistungen als Interaktion von Personal und Klient*innen zu Grunde gelegt (vgl. Flösser; Rosenbauer; Witzel 2018, S. 1710).

Soziale Dienste dienen dem Ausgleich sozialer Risiken sowie der Bearbeitung von sozialen Problemen, die die materielle sozialstaatliche Absicherung überschreiten. Zudem bilden sie neben Versorgung und Versicherung die dritte Säule der sozialen Sicherung. Das Ziel ist es, soziale Dienstleistungen im Rahmen des Bedarfsausgleiches zu produzieren und somit gewisse Mindeststandards der Lebensqualität zu sichern. Sie werden am und mit Menschen erbracht. Dabei zielen sie auf eine Aufrechterhaltung, beziehungsweise Veränderung von bestimmten Merkmalen verschiedener Individuen oder Gruppen ab, mit der Absicht den Integrationsgrad in der Gesellschaft zu fördern (vgl. Flösser; Rosenbauer; Witzel 2018, S. 1710).

Soziale Dienste agieren meist auf kommunaler Ebene, wobei jedoch die freie Wohlfahrtspflege ihre Leistungen größtenteils eher auf einem staatlich regulierten „Quasi-Markt“ anbieten als auf einem freien Dienstleistungsmarkt. Das bedeutet, dass die Leistungen in Form eines Dreiecksverhältnisses zwischen öffentlichen Gewährleistungs- und Kostenträger, welche meist die Auftraggeber sind; den freigemeinnützigen Leistungsträgern in der Rolle der Leistungserbringer und der Klientel als Leistungsempfänger stattfinden (vgl. Flösser; Rosenbauer; Witzel 2018, S. 1710). Das ist die Voraussetzung für das Tripelmandat, was in der Auswertung der Kategorie 5 näher beschrieben wird.

2.2 Klinische Sozialarbeit

Wie bereits erwähnt stellen historisch gesehen die Aufgaben der Profession in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung den am ehesten und weitesten ausgebauten Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit dar. Jedoch ist dieser im Gesundheitswesen, gemäß der Autoren, zugleich das größte und am wenigsten anerkannte Aufgabenfeld der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit². Es hat sich in dem Bereich ein Überbegriff herausgebildet, die Klinische Sozialarbeit. Er leitet sich aus dem angelsächsischen „clinical social work“ ab und dessen Inhalt ist bisher noch nicht eindeutig definiert. Zunächst umfasst die Klinische Sozialarbeit zwei Arbeitsfelder, den Krankenhaussozialdienst und die Soziale Arbeit in Rehabilitationskliniken. Sie bezeichnet einen eigenständigen Ansatz, der neue Aufgaben der Disziplin in der gesundheitlichen Versorgung beinhaltet, jedoch losgelöst vom Klinik-, beziehungsweise Krankenhauskontext funktioniert (vgl. Homfeldt; Sting 2006, S. 191).

Im Zentrum der Klinischen Sozialarbeit stehen die sozialen und psychischen Auswirkungen von Behinderung und Krankheit, die mehrdimensionale Interventionen erfordern. Die Perspektive dieses Modells bezieht sich auf die Klient*innen, die in ihrer jeweiligen Situation wahrgenommen werden. Dies wird ebenfalls Person-in-Environment-Sicht genannt. Es werden die Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt betrachtet, die sowohl positiv, negativ sowie neutral sein können. Außerdem kommt es je nach Ausgangslage darauf an, Personen zu befähigen die sozialen und materiellen Bedingungen auf die Besonderheiten eines Individuums abzustimmen, die Anforderungen sowie Erwartungen der Umwelt zu erfüllen oder Umwelt und Person gleichzeitig so zu reorganisieren, dass zwischen den beiden Faktoren eine Balance entsteht (vgl. Ansen 2018, S. 843).

Bei der Klinischen Sozialarbeit werden klientenorientierte Methoden unter klinischen Aspekten kombiniert. Im Mittelpunkt der klinisch-sozialarbeiterischen Betrachtung stehen Zielgruppen, wie beispielsweise psychisch kranke Menschen, Opfer von Gewalterfahrungen oder alte Menschen. Als Arbeitsfelder werden in der englischsprachigen Fachliteratur Allgemeinkrankenhäuser, Psychiatrien oder die Suchtkrankenhilfe beschrieben. Noch ist in den deutschsprachigen Publikationen keine grundlegende Methodensystematik zu erkennen. Dabei werden meistens Methoden wie Beratung, Case Management oder Psychotherapie, beziehungsweise Soziotherapie nebeneinander aufgestellt (vgl. Ansen 2018, S. 845).

² Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit verbindet Themen der Gesundheit mit der Sozialen Arbeit und stellt somit einen Überbegriff dar. Ist diese im sozialrechtlich nominierten Gesundheitswesen determiniert, spricht man von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen (vgl. Homfeldt 2018)

2.3 Krankenhaussozialdienst

Wie bereits im vorherigen Punkt angeführt wurde, stellt die Soziale Arbeit im Krankenhaus eine Teildisziplin der Klinischen Sozialarbeit dar. Sie hat sich seit den 1920er Jahren etabliert und wie heute vom Sozialdienst des Krankenhauses durchgeführt. Die Aufgaben des Sozialdienstes liegen im Entlassmanagement, um Versorgungslücken aufgrund von mangelnden oder unkoordinierten Anschlussbehandlungen zu vermeiden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021). Das Aufgabenspektrum des Sozialdienstes beinhaltet nicht die Krankenbehandlung oder Therapie im engeren Sinn. Es umfasst die biografisch erweiterte Sozialanamnese; die akute Krisenintervention; die Bearbeitung psychosozialer Probleme, die durch die Krankenhauseinweisung entstehen können; die Hilfe zur Verbesserung des Selbsthilfepotenzials; Schnittstellenarbeit und die Einzelfallhilfe. Methodologisch lassen sich Konzepte wie die Beratung, das Case Management sowie Maßnahmen des Empowerments und der Kompetenzförderung der Arbeit zugrunde legen (vgl. Homfeldt; Sting 2006, S. 193f.).

Die soziale Betreuung und Begleitung in der Krankenversorgung gewinnen stetig an Bedeutung aufgrund der Zunahme pflegebedürftiger Patient*innen, die auf die demografische Alterung der Gesellschaft sowie die Häufung von chronischen Erkrankungen zurückzuführen ist (vgl. Homfeldt; Sting 2018, S. 573).

2.4 Ökonomie/Ökonomik/Ökonomisierung

Ökonomie wird als Synonym für den Begriff Wirtschaft verwendet. Sie besteht aus Einrichtungen, Personen sowie Maschinen und dient der Regulierung des Marktes, um Angebot und Nachfrage zu generieren. Einrichtungen sind in diesem Zusammenhang Unternehmen, Betriebe sowie öffentliche oder private Haushalte. Maschinen zielen dabei auf die Unterstützung, gleichermaßen jedoch auch auf den Ersatz der Aktivitäten von Arbeitskräften ab. Das Ziel der Ökonomie stellt hierbei die Sicherstellung des Lebensunterhaltes sowie die kapitalistische Maximierung des Gewinnes mithilfe der unternehmerischen Freiheit dar. Zudem soll ein Wachstum der Wirtschaft und eine Erzeugung von Abhängigkeit von Anbietern, beziehungsweise Produkten erzielt werden (vgl. Bendel 2021). Dabei steht die Ökonomie dem Umstand der Ressourcenknappheit gegenüber (vgl. Nabern; Baierlein 2021).

Als Ökonomik wird die Wirtschaftswissenschaft bezeichnet, die die Ökonomie zum Gegenstand hat. Sie bringt verschiedene Wirtschaftstheorien hervor, wie beispielsweise die neoklassische Theorie oder den Marxismus. Zudem gehören weitere Disziplinen und Methoden wie Volkswirtschaftslehre (VWL), Betriebswirtschaftslehre (BWL), das Neue

Steuerungsmodell (NSM), Wirtschaftsinformatik oder Wirtschaftsrecht hinzu. Es werden jedoch auch philosophische und ethische Aspekte, beispielsweise in der Wirtschaftsphilosophie oder Konsumethik behandelt (vgl. Bendel 2021).

Ökonomisierung hingegen beschreibt in Bezug auf den Sozialen Sektor den Prozess der Integrierung marktlicher Steuerungselemente in das soziale Sicherungssystem. Sie zielt auf die Prozesse der Vermarktlichung bei der Erbringung von personenbezogenen sozialen Dienstleistungen, wie beispielsweise die der Sozialen Arbeit ab (vgl. Hamerschmidt; Sagebiel; Yollu-Tok 2017, S. 9). Die Autor*innen Werner Sesselmeier, Birgit Friedrich und Tino Krekeler (2017) hingegen bezeichnen die Ökonomisierung als einen permanenten Zustand der Neuorganisation durch den stetigen Wandlungsdruck von Institutionen. Gerade in Bezug auf die Soziale Arbeit und Sozialpolitik sehen sich Institutionen der sozialen Sicherung mit diesem Druck konfrontiert. Denn die zentralen Herausforderungen, wie beispielsweise die Globalisierung, die demografische Entwicklung, veränderte Erwerbsabläufe sowie die zunehmende Digitalisierung befinden sich in einem ständigen Wandel (vgl. ebd., S. 31f.).

2.5 Ökonomisierung im Krankenhaussetting

Im SGB V ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität rechtlich verankert. Das heißt, dass die Vereinbarungen im Rahmen der Vergütung zwischen Leistungserbringern, also den Krankenhäusern und Kostenträgern, also den Krankenkassen, so auszugestalten sind, dass die Krankenversicherung möglichst keine Beitragssatzerhöhungen erheben. Zudem ist festgeschrieben, dass die Leistungen zweckmäßig, ausreichend und wirtschaftlich durchgeführt werden müssen. Sie dürfen jedoch nicht die notwendigen Maßnahmen überschreiten. Um den Ressourceneinsatz zu regulieren und den Grundsätzen gerecht zu werden führte die Politik im Krankenhaussektor Anfang der 2000er flächendeckend ein neues Vergütungssystem ein, das auf Fallpauschalen, den sogenannten Diagnosis Related Groups (DRG), basiert (vgl. Nabern; Baierlein 2021).

Die DRGs stellen Gruppierungen von Diagnosen und Behandlungen dar. Diese Gruppen werden nach der Höhe des ökonomischen Ressourcenaufwandes gebildet. Dabei wird über alle Krankenhäuser ein Durchschnitt des Aufwandes ermittelt, um daraus Kostenverhältnisse für die einzelnen DRGs abzuleiten, die dann anschließend mit dem Landesbasisfallwert multipliziert werden. Das Ergebnis daraus ist ein Geldbetrag je Behandlungsfall, der für jedes Krankenhaus gilt. Diese Geldbeträge werden stetig angepasst. Dabei spielt die Verweildauer der Patient*innen eine große Rolle, denn je schneller ein Fall behandelt wird, desto höher fällt die Finanzierung aus. Die DRGs legen damit die sogenannten Liegezeiten pro Krankheitsbild fest. Daraus entsteht ein ökonomischer Druck für die Krankenhäuser (vgl. Nabern; Baierlein 2021).

3 Aktueller Forschungsstand und theoretische Bezüge

Dieser Abschnitt befasst sich mit dem aktuellen Forschungsstand des Themas Ökonomisierungstendenzen im Krankenhaussozialdienst sowie den theoretischen Bezügen in der Literatur. Aufbauend auf die literarischen Erkenntnisse folgt ein Exkurs, mit dem Gegenstand der paradoxen Wirklichkeit des professionellen Handelns der Sozialen Arbeit.

3.1 Aktueller Stand der Forschung

Nach einer intensiven Literaturrecherche lässt sich erörtern, dass speziell das Thema Ökonomisierung der Sozialen Arbeit im Krankenhaussozialdienst bisher kaum analysiert wurde. Es existieren einige Befragungen im Rahmen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Beispielsweise hat sich Deloitte in einer Studie mit Hintergründen, Herausforderungen und dazugehörigen Lösungsansätzen des Entlassmanagements befasst (vgl. Deloitte 2020, S. 5). Auch die Autoren Heinz Naegler und Karl-Heinz Wehkamp beschäftigen sich in ihrem Buch von 2018 *Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung* mit Interviews von Krankenhausärzt*innen sowie Geschäftsführer*innen zu dieser Thematik (vgl. Naegler; Wehkamp 2018).

Weiterhin liegen einige Bachelor-, Master- und Studienarbeiten vor, die sich mit dem Gegenstand der Ökonomisierung der Sozialen Arbeit beschäftigen. Diese sind jedoch durch die Vielfalt des Themas weit gefasst. Somit liegt hierbei der Bezugspunkt oft allgemein in der Profession selbst oder spezifiziert auf dem Arbeitsfeld der Kinder- und Jugendarbeit. Andererseits existieren auch Bachelor- und Masterarbeiten im Rahmen des Entlassmanagements, die jedoch meist das Thema Ökonomisierung nur kurz und eher beiläufig erwähnen. Dabei sind die gefundenen Arbeiten Literaturarbeiten ohne empirischen Anteil oder Forschungsfrage, was unter Vorbehalt darauf schließen lässt, dass das gewählte Thema der Bachelorarbeit bisher in diesem Umfang und mithilfe der ausgewählten Methodiken noch nicht analysiert wurde.

Überdies gibt es einige Autor*innen, die einige Facetten des Themas in ihren Publikationen beschreiben. Die Veröffentlichungen werden im Punkt 5 Anwendung finden, wenn die erhobenen Daten aus den geführten Expert*inneninterviews ausgewertet und mit passenden Aspekten aus der Literaturrecherche ergänzt werden.

3.2 Blick auf die Literatur

Die Profession Soziale Arbeit hat seit ihrer Entstehung einen paradoxen Doppelauftrag und handelt zwischen den Prinzipien der Hilfe und Kontrolle. Dabei besteht die eine Aufgabe darin, hilfsbedürftigen Menschen in prekären Lebenslagen Schutz zu bieten und ihnen nach dem bestmöglichen Wissen der Sozialarbeiter*innen zu helfen. Andererseits soll die Soziale Arbeit die Bevölkerung vor genau den Personen schützen, die nicht die gesellschaftlich festgelegten Werte, Normen und Gesetze befolgen. Der Autor führt in diesem Zusammenhang beispielhaft die Situation bei psychisch kranken Menschen an. Dabei sind Konzepte zur Hilfe gesetzlich festgeschrieben, gleichzeitig aber auch Schutzmaßnahmen für die Gesellschaft, durch Instrumente der freiheitsentziehenden Unterbringung (vgl. Dreyer 2013, S. 93).

Heiko Kleve (2012) erläutert ebenfalls die Ambivalenz der Hilfen und unterscheidet in diesem Rahmen zwei widersprüchliche Arten des Helferbegriffs in Bezug auf die Soziale Arbeit. Einerseits existiert die Begrifflichkeit des selbstkonstruktiven Helfens. Dies beschreibt ein unterstützendes Handeln, das jedoch dem Prinzip der Profession Hilfe zur Selbsthilfe entgegensteht. Der Autor erklärt in seinen Ausführungen, dass die erste Art ein Streben nach Unendlichkeit besitzt, da sie versucht sich selbst zu erhalten. Dieser Charakter wird durch die Ökonomisierung und den damit einhergehenden Finanzdruck eher verstärkt. Meist ist die Leistung der Sozialarbeiter*innen an fallbezogene Tagessätze gebunden und verleitet somit gegebenenfalls dazu, die Hilfen zu erhalten, beziehungsweise zu verfestigen. Im Rahmen der Krankenhaussozialarbeit findet jedoch die zweite Art des Helfens, in Form von Case Management, Anwendung. Der Autor benennt dies als selbstdekonstruktives Helfen. Es geht darum, sich als unterstützende Institution fallbezogen überflüssig zu machen und somit die Hilfe zu dekonstruieren. Dabei werden die Klient*innen als Expert*innen ihrer eigenen Lebenswelt betrachtet (vgl. ebd.).

In dem Zusammenhang folgt an dieser Stelle ein Exkurs, um die Paradoxien des professionellen Handelns der Sozialen Arbeit darzustellen. Damit kann in der Auswertung der Analyseergebnisse (Punkt 5) Bezug auf die Krankenhaussozialarbeit genommen werden.

Exkurs: Paradoxien der Sozialen Arbeit

Innerhalb der Literaturrecherche wurde deutlich, dass das Thema der Ökonomisierung in der Sozialen Arbeit in allen Arbeitsfeldern ein Spannungsfeld eröffnet. Fritz Schütze (2021) beschreibt, dass sich die Soziale Arbeit als Professionen oft mit Paradoxien des professionellen Handelns auseinandersetzen muss. Er definiert dies als unüberwindbare Komplikationen des professionellen Handelns in den Praxisfeldern, die auf bestimmten Anforderungen beruhen, jedoch dem Auftrag der Profession widersprechen.

Dabei besteht die Gefahr, dass aufgrund der Ökonomisierung in Bezug auf den finanziellen Aspekt beispielsweise mittellose Klient*innen von sozialarbeiterischen Dienstleistungen ausgeschlossen werden, obwohl sich deren Lebenssituation immer prekärer gestaltet, aufgrund fehlender finanzieller Mittel (vgl. ebd. S. 241ff). Das bedeutet, dass den Personen, die die Intervention durch die Profession benötigen, die Hilfe verwehrt bleibt. Das widerspricht absolut dem Auftrag der Sozialen Arbeit. Wie sich dieses Spannungsfeld im Kontext der Krankenhaussozialarbeit auswirkt, wird später im Rahmen der Analyse in Punkt fünf erörtert.

Der Autor stellt in seinen Ausführungen noch weitere Arten von Paradoxien vor. In der Profession geht es einerseits darum, als Sozialarbeiter*in eine unterstützend wirkende Rolle einzunehmen, sich jedoch andererseits überflüssig zu machen. Das entspricht einem der sozialarbeiterischen Prinzipien der Hilfe zur Selbsthilfe. Dieser Handlungsrahmen erweist sich bereits selbst als paradox (vgl. Schütze 2021, S. 259ff).

Neben den benannten und definierten Paradoxien existieren ebenfalls die Antinomien. Diese Begrifflichkeiten werden oft synonymisch verwendet. Jedoch unterscheidet Fritz Schütze (2021) sie voneinander. Während sich die Paradoxien an einer systemisch-konstitutiven Perspektive orientieren, beziehen sich Antinomien, nach Aussage des Autors, hingegen eher auf die normativen Wertvorstellungen der Gesellschaft. Dabei besteht der Hauptunterschied darin, dass die Paradoxien aus sich widersprechenden sachlogischen Anforderungen an das professionelle Handeln der Sozialarbeiter*innen hervorgehen und sich nicht auf normativ-wertorientierten Aufgaben beziehen. Beide treten oft gemeinsam in Problemkonstellationen der Professionswirklichkeit auf, was es weiterhin erschwert diese zu unterscheiden (vgl. ebd., S. 262ff).

Fritz Schütze (2021) beschreibt, dass diese Paradoxien sowohl in der Sozialen Arbeit als auch in anderen Disziplinen grundlegend, jedoch nicht ausschließlich, aus Typisierungen entstehen können. Das erläutert er beispielhaft an einem Fall aus dem Bereich der Medizin. Die Notwendigkeit dieser Klassifizierungen wird dadurch begründet, dass sie ergänzend zur Fallanalyse wissenschaftlich fundierte Handlungsmaßnahmen sowie Erkenntnisse in das praktische Professionshandeln integrieren. Das bezieht sich ebenfalls auf beruflich notwendige Einschätzungen, die nicht immer einer wissenschaftlichen Theorie zugrunde liegen müssen, sondern teilweise auch aus der Urteilskraft der Sozialarbeiter*innen entstehen können. Um einen gelingenden Umgang mit diesen Typisierungen, beziehungsweise den daraus entstehenden Paradoxien zu gewährleisten, müssen diese, in Bezug auf ihre empirische Fundiertheit, verschiedenen Anwendungszusammenhänge, Fallerkennungsmerkmale sowie die möglicherweise damit verbundenen Vorurteile umsichtig reflektiert und durchdacht werden (vgl. ebd. S. 265ff).

4 Theoretischer Grundriss und Umsetzung der empirischen Methodiken

Der folgende Abschnitt dient dazu, eine theoretische Rahmung für die ausgewählten empirischen Methodiken zu schaffen sowie die Umsetzung zu erläutern. Dabei werden zuerst die Grundprinzipien der Sozialforschung vorgestellt. Weiterhin findet sich in den einzelnen Unterpunkten der Raum zur Reflexion des jeweiligen Arbeitsschrittes.

4.1 Grundprinzipien der qualitativen Sozialforschung

Bei der qualitativen Sozialforschung müssen laut der Autorin Hanne Schaffer (2009) im Wesentlichen sechs zentrale Grundprinzipien beachtet werden. Das Erste ist das Prinzip der Offenheit, dies gilt als wichtigstes von sechs zentralen Prinzipien. Es ist ein hypothesengenerierendes Verfahren und beinhaltet, dass man sich bei einer qualitativen Studie nicht genauestens an ein vorher ausgewähltes theoretisches Konstrukt hält, sondern Raum für etwaige Abweichungen bleibt. Die Forscher*innen gehen vollkommen vorurteilsfrei in die Feldphase (vgl. ebd., S. 131ff). Nur mit dieser Offenheit ist es möglich, neue Entdeckungen zu erzielen.

Als nächstes folgt das Prinzip der Kommunikativität. Dieses Prinzip besagt, dass seitens der Forscher*innen versucht werden muss, sich an die sprachlichen, sozialen und intellektuellen Kompetenzen der befragten Personen anzupassen. Das liegt in der Verantwortung der Forschenden, nicht in derer der Befragten (vgl. Schaffer 2009, S. 132).

Danach folgt das Prinzip der Prozesshaftigkeit. Es beschreibt, dass die befragten Personen unter Umständen möglicherweise erst während des Interviews eine bestimmte Sicht auf Dinge entwickeln, die es als Interviewer*in zu dokumentieren gilt (vgl. Schaffer 2009, S. 133). Dabei werden die Forscher*innen selbst zum Bestandteil des Forschungsprozesses und seiner Ergebnisse.

Anschließend folgt das Prinzip der Reflexivität von Gegenstand und Analyse. Das bedeutet, dass zum Untersuchungsgegenstand meist nur eine theoretische Vororientierung existiert und keine konkreten Hypothesen getestet werden. Durch Diskussionen in der Gruppe werten sie die Ergebnisse nach den Interviews aus und interpretieren sie. Falls dabei neue Aspekte auftreten, werden diese direkt in die laufende Feldphase integriert (vgl. Schaffer 2009, S. 131).

Das fünfte Prinzip gilt als Prinzip der Explikation. Dabei werden die einzelnen Forschungsschritte des Untersuchungsprozesses und die Regeln, nach denen die Daten

erhoben wurden, dargestellt. Das Ziel ist es dabei, die Nachvollziehbarkeit der Interpretation sicherzustellen (vgl. Schaffer 2009, S. 134).

Das Letzte ist das Prinzip der Flexibilität. Das bedeutet, dass man das Erhebungsverfahren an die Eigenheiten des Untersuchungsgegenstandes anpasst. Zu beachten ist dabei, dass jede Abweichung vom ursprünglichen Plan einer Begründung bedarf. Dabei wird der Erkenntnisfortschritt für nachfolgende Untersuchungsfortschritte verwertet (vgl. Schaffer 2009, S. 133).

4.2 Leitfadengestütztes Expert*inneninterview

Jo Reichertz (2016) bezeichnet das Interview als die am meisten verbreitete Methode zur qualitativen Datenerhebung (vgl. ebd., S. 184). Dabei beschreibt ein Leitfadeninterview die Führung der Befragung durch einen vorher vorbereiteten Leitfaden als Erhebungsinstrument. Weitere Ausführungen zu diesem Thema folgen im Punkt 4.2.1. Expert*inneninterviews hingegen definieren die spezifische Auswahl und den Status der Interviewpartner*innen (vgl. Helfferich 2019, S. 669). Die Auswahlkriterien für die Expert*innen werden im weiteren Verlauf des Abschnittes noch erläutert. Zudem sind diese Art von Interviews von dem speziellen Forschungsinteresse am Wissen der Expert*innen bestimmt. Die Brauchbarkeit und Güte der getätigten Aussagen ist abhängig von der Gestaltung des Interviewsettings, somit soll gemäß der Autorin darauf besonders geachtet werden (vgl. ebd., S. 669).

Die Phase der Datenerhebung eröffnet sich mit der Planung und Umsetzung der Expert*innenbefragungen. Dabei beginnt sie mit der Gestaltung des Leitfadens, danach folgt der Pretest, anschließend werden die infrage kommenden Interviewpartner*innen kontaktiert. Die Datenerhebung endet mit der Durchführung des Expert*inneninterviews oder gegebenenfalls auch mit der Protokollierung der jeweiligen Befragung, die nicht mit der Transkription zu verwechseln ist. Einzelne Schritte können parallel ablaufen, um den Forschungsprozess, beziehungsweise die damit verbundene Arbeitszeit zu optimieren (vgl. Kaiser 2014, S. 51). Die genannten Schritte werden in den dazugehörigen Abschnitten nach einer theoretischen Umrahmung ebenfalls reflektiert.

Die Interviews, die im Rahmen dieser Bachelorthesis durchgeführt wurden, dienen dazu den Umgang mit dem Thema der Ökonomisierung in der Krankenhaussozialarbeit in der Einrichtung aus den Erzählungen der Expert*innen zu rekonstruieren. Dabei orientiert sich die Methodik mithilfe eines Leitfadens am beruflichen Alltag der befragten Personen. In diesem Zusammenhang beschreibt Jörg Bergmann (1985), dass die Aufnahme des Interviews der erste Schritt zur Konservierung der Erzählungen darstellt. Daraus lassen sich Aussagen für die Analyse rekonstruieren. Hierbei ist zu beachten, dass

die forschende Person das erfragte Geschehen nicht in seinem tatsächlichen Ablauf verfolgen kann. Das bedeutet, dass es nicht möglich ist alle gesammelten Erfahrungen der Expert*innen in den Ergebnissen der Forschung darzustellen, da diese nur einen Ausschnitt der erzählten Situationen wiedergibt und an die eigene Interpretation der Forschenden sowie dem jeweiligen Relevanzkontext des Materials gebunden ist. (vgl. ebd. S. 302ff).

Im weiteren Verlauf des Abschnittes werden die einzelnen Schritte zur Vorbereitung und Erhebung der Daten vorgestellt, theoretisch umrahmt und schließlich reflektiert.

4.2.1 Leitfadenerstellung

Wie bereits erwähnt ist die Erstellung des Leitfadens der erste Schritt zur Durchführung eines Expert*inneninterviews (vgl. Kaiser 2014, S. 52). Ein Leitfaden ist ein Erhebungsinstrument, das als Vorgabe vorab vereinbart sowie systemisch angewandt wird. Er dient der Gestaltung des Interviewprozesses und kann verschiedene optionale Elemente beinhalten, wie beispielsweise ausformulierte Fragen; Stichworte, damit Fragen während der Interviewsituation frei formulieren werden können; Erzählaufforderungen sowie Vereinbarungen, um den Umgang von dialogischen Interaktionen in verschiedenen Phasen des Interviews zu bestimmen. Durch diese Vielfältigkeit der Elemente können Leitfäden unterschiedlich aufgestellt sein (vgl. Helfferich 2019, S. 670).

Der Interviewleitfaden erfüllt drei zentrale Funktionen. Zum einen definiert er die Reihenfolge und Anzahl der Fragen, um die konkrete Gesprächssituation zu strukturieren. Dabei lassen sich keine genauen Angaben machen, wie viele Fragen in dem Leitfaden enthalten sein sollen. Die Anzahl kann je nach Forschungsgegenstand variieren. Über die Strukturierung hinaus ist der thematische Aufbau des Leitfadens essenziell. Es empfiehlt sich die Fragen in Themenkomplexe zu ordnen, die für die befragte Person einer nachvollziehbaren Logik der Argumentation folgt. Somit ist es sinnvoll von allgemeinen auf spezifische Aspekte zu schließen, um damit den Interviewpartner*innen die Möglichkeit einzuräumen sich angemessen in die Thematik und das Gespräch einzufinden. Außerdem beschreibt der Autor, dass entsprechend dem Grundsatz der Offenheit eine Abweichung von den Fragen des Leitfadens unbedingt ermöglicht werden soll, damit den Expert*innen die Möglichkeit gegeben wird die eigenen subjektiven Relevanzen und Deutungen einzubringen (vgl. Kaiser 2014, S. 52ff). Somit bleibt die interviewende Person beispielsweise mithilfe von Nachfragen während der Gesprächssituation nahe am Erzählgegenstand der Interviewpartner*innen.

Die zweite Funktion, die ein Leitfaden erfüllt, ist einen Hintergrund zu schaffen sowie die Rahmenbedingungen zu setzen. Dafür muss er die entsprechenden Informationen beinhalten. Es sollen die Aspekte im Interview besprochen werden, selbst im

Fälle, dass diese bereits bei Kontaktaufnahme geklärt wurden. Dazu zählen Informationen wie die Bedeutung des Interviews für das Forschungsvorhaben, das Ziel der Untersuchung und Hinweise über die Anonymisierung sowie die datenschutzrechtlichen Regelungen (vgl. Kaiser 2014, S. 53f.).

Als letzte zentrale Funktion belegt die interviewende Person mithilfe des Leitfadens den eigenen Status als Co-Expert*in gegenüber der befragten Person. Das heißt, dass die Interviewpartner*innen durch einzelne Frageformulierungen und die Einleitung in verschiedene Themenkomplexe erfassen können, inwieweit sich die forschende Person in die Thematik eingearbeitet hat. Somit kann ein Leitfaden auch erklärende und strukturierende Hinweise beinhalten (vgl. Kaiser 2014, S. 54).

Zudem basiert er auf der methodologischen Entscheidung, die maximale Offenheit aufgrund der Forschungspragmatik, beziehungsweise des Forschungsinteresses zu beschränken. Für viele Forschungsinteressen sowie die damit verbundenen Fragestellungen ist jedoch eine gewisse Steuerung des Ablaufes trotz aller Offenheit notwendig (vgl. Helfferich 2019, S. 670). Deswegen gilt bei der Erstellung folgender Leitsatz: „So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“ (ebd., S. 670).

Reflexion dieses Arbeitsschrittes

Die Phase der Datenerhebung begann im Rahmen dieser Bachelorthesis mit der Planung und Umsetzung von den Expert*inneninterviews. Dabei wurde zuerst der Leitfaden entwickelt. Während des Prozesses der Erstellung dessen wurden zunächst mithilfe von Brainstorming Fragen gesammelt, um einen Großteil des Wissens über das Thema, das es durch das Interview zu erforschen galt abzudecken. Um die gesammelten Fragen im Sinne eines Pretests auf Verständlichkeit und dem inhaltlichen Gehalt der Antworten zu testen, wurde das SPSS-Prinzip nach Cornelia Helfferich zur Orientierung herangezogen.

Dieses Prinzip dient als Hilfe bei der Erstellung eines Leitfadens mit dem Vorteil, sowohl das Prinzip der Offenheit zu wahren als auch die nötige Strukturierung für das Forschungsinteresse vorzugeben und somit dem bereits in diesem Abschnitt erwähnten Leitsatz gerecht zu werden. Ausgesprochen bedeutet das SPSS-Prinzip „Sammeln“, „Prüfen“, „Sortieren“ sowie „Subsumieren“³ und stellt damit die vier Schritte dar, die diese Methode umfasst (vgl. Helfferich 2011, S. 182). Der Leitfaden (Anhang I) wurde so gestaltet, dass er für jedes Interview genutzt werden kann. Er wurde also nicht an die

³ Sammeln = Möglichst viele Fragen in Bezug auf den Forschungsgegenstand zusammentragen
Prüfen = Reduktion des Fragekataloges mithilfe verschiedener Prüfkriterien
Sortieren = Sortierung der übrigen Fragen in Themenbündel
Subsumieren = Findung eines erzählgenerierenden Impulses für jedes Bündel (s. ausf. Helfferich 2011, S. 182ff)

einzelnen Expert*innen angepasst. Schlussendlich enthielt der Leitfaden insgesamt neun ausgewählte Fragen, um ein circa 20-30 minütiges Gespräch zu generieren.

Nach der Erstellung dessen folgte die Auswahl der Expert*innen, die es zu befragen galt. In diesem Zusammenhang beschreibt Helfferich (2019), dass das Erkenntnisinteresse sich sowohl auf die Expert*innen beziehen kann, die durch die Weitergabe ihres Erfahrungs- und Faktenwissens einen unkomplizierten Zugang zu bestimmten Wissensbereichen schaffen, als auch auf die Beschaffenheit des Expert*innenwissens selbst mit beispielsweise Konstruktionen, Deutungen und zugrundeliegenden Konzepten. Die Entscheidung darüber wer als Expert*in fungiert und somit den Status als Interviewpartner*in erhält, obliegt der forschenden Person selbst (vgl. ebd., S. 671). Ergänzend dazu führen Jochen Gläser und Grit Laudel (2006) einen Fragenkatalog mit Kriterien für die Expert*innenwahl auf. Dieser gibt die folgenden drei Fragen vor, auf die Bezug genommen werden kann. Verfügen die Expert*innen über die relevanten Informationen? Wer kann präzise Antworten geben und ist für das Interview am ehesten verfügbar (vgl. ebd. S. 113)?

Für den Pretest war ein*e ehemalige*r Kommiliton*in in Überlegung, der*die während des Studiums bereits seine*ihre Praktika in dem Arbeitsfeld absolvierte, danach in der gleichen Institution als studentische Hilfskraft agierte und nun als Mitarbeiter*in im Sozialdienst der Einrichtung eingestellt wurde. Er*Sie erschien als eine geeignete Interviewpartner*in für den genannten Zweck. Für die Befragung an sich fiel die Auswahl auf eine*n Expert*in, der*die seit zehn Jahren in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sowie seit drei Jahren als Leiter*in im Krankenhaussozialdienst tätig ist. Weiterhin wurden noch andere Mitarbeiter*innen der Krankenhaussozialarbeit aus verschiedenen Einrichtungen als Alternative in Erwägung gezogen.

Um die datenschutzrechtlichen Regelungen zu gewährleisten, wurden parallel zur Findung der Interviewpartner*innen Dokumente zur Einwilligung in die Datenschutzrichtlinien auf Basis der DSGVO von 2018 erstellt. Anschließend kontaktierte die Forscherin die möglichen Expert*innen direkt per Mail und fragte sie für das Interview, beziehungsweise den Pretest an. Dabei wurden notwendige Hintergrundinformationen wie eine Kurzbeschreibung des Forschungsthemas, Informationen über den zeitlichen Ablauf und organisatorischen Hintergrund sowie eine erste terminliche Einordnung übermittelt. Nach der Zusage erhielten sie die Dokumente mit der Bitte die Einwilligungserklärung bis zu einem bestimmten Termin unterzeichnet zurückzuschicken.

4.2.2 Pretest

Der Pretest dient dazu das vorher erstellte Erhebungsinstrument, in Form des Leitfadens, in einer realistischen Interviewsituation zu testen. Es ist nicht selten, dass dabei während des Gespräches auffällt, dass die befragte Person die Formulierung oder den Kontext bestimmter Fragen nicht versteht oder die Frage nicht die gewünschten Informationen generiert. Deswegen besteht das Ziel darin den Leitfaden zu optimieren. Dies kann in Form von Ergänzung, Reduzierung oder Umformulierung der Fragestellungen geschehen, jedoch ebenfalls durch die Neustrukturierung oder Kürzung des Erhebungsinstrumentes (vgl. Kaiser 2014, S. 69f.).

Bei der Planung des Pretests ist zu beachten, dass die Auswahl der*des Partner*in auf eine Person fällt, die ebenfalls als Expert*in im Interview fungieren kann. Nur so lässt sich eine realistische Gesprächssituation darstellen. Vorteilhaft ist dabei, dass die generierten Informationen aus dem Pretest später gegebenenfalls für die Analyse genutzt werden können (vgl. Kaiser 2014, S. 69f.).

Reflexion des Arbeitsschrittes

Schon vor dem Pretest bestand die Intention darin, die Möglichkeit in Betracht zu ziehen die erfragten Inhalte aus dem Pretest in die Forschungsergebnisse mit einzubeziehen, falls der Bezug zum Forschungsinteresse besteht. Während der Durchführung fiel auf, dass seitens der*des Interviewpartner*in einige Nachfragen vor allem in Bezug auf Definitionen erfolgten. Weiterhin war es bei ein paar Fragen schwierig einen Erzählfluss zu generieren. An diesen Stellen musste ein zusätzlicher Impuls gegeben werden, um das Gespräch aufrecht zu erhalten. Anschließend wurde der Pretest mit dem*der Expert*in reflektiert, wo ebenfalls eine Idee für eine weitere Frage aufkam. Im Anhang (Anhang I) befindet sich die aktualisierte Version des Leitfadens, der für das Hauptinterview genutzt wurde. Im Endeffekt mussten keine Fragen umformuliert werden. Es wurde lediglich eine zehnte Frage sowie einige Erzählimpulse hinzugefügt. Zudem fiel während der Reflexion die Entscheidung, die Inhalte des Pretests ebenfalls in die Darstellung der Forschungsergebnisse einfließen zu lassen. Er wurde somit wie das Hauptinterview gehandhabt und durchlief ebenfalls den Schritt der Transkription sowie die Kategorisierung für die qualitative Inhaltsanalyse. Insgesamt benötigte der Pretest circa 25 Minuten ohne die anschließende Reflexion und befand sich somit im vorher überlegten Rahmen. Er wurde im digitalen Rahmen durchgeführt.

4.2.3 Interview

Kaiser (2014) beschreibt, dass ein Expert*inneninterview in mehrere Phasen unterteilt ist. Dabei ist zu beachten, dass sich im Verlauf der Befragung durchaus Situationsveränderungen ergeben können und sie somit eher einen dynamischen Charakter besitzt. Die Eröffnungsphase ist für das weitere Interview von großer Bedeutung, obwohl in dieser meist nicht die relevanten Informationen generiert werden. Denn im Sinne des ersten Eindruckes prägt sie die gesamte Befragungssituation. Die Expert*innen bilden sich ihre Meinung über die Kompetenz und Sympathie der interviewenden Person. Je positiver dieser Eindruck ausfällt, desto einfacher ist es in die Hauptphase des Interviews überzugehen, die im Idealfall den Charakter eines ungezwungenen Fachgespräches einnimmt. Hierbei gerät die forschende Person in einen Modus der Argumentation und Diskussion. Es ist wichtig, dass sie während den Erzählungen der Expert*innen flexibel genug ist zwischen den verschiedenen Themenkomplexen des Leitfadens zu wechseln und am Ende gegebenenfalls nochmal die nicht angesprochenen Aspekte ins Gespräch aufnimmt. Die letzte Phase dient dem Abschluss des Interviews, wo gegebenenfalls letzte Anmerkungen oder Nachfragen gestellt werden können (vgl. ebd., S. 79ff).

Wie bereits am Anfang des Abschnittes erwähnt besteht im Anschluss an das Interview die Möglichkeit zur Protokollierung des Gespräches, was jedoch nicht den Schritt der Transkription darstellt oder ersetzt. Denn dieser Schritt dient nicht der Ergebnissicherung, sondern kann lediglich für die spätere Interpretation der gewonnenen Daten hilfreich sein. Dabei enthält das Protokoll Hinweise zu Reaktionen der befragten Person, zur Gesprächsatmosphäre und zum Umfang, in dem die Fragen beantwortet wurden (vgl. Kaiser 2014, S. 86f.).

Reflexion des Arbeitsschrittes

Das Interview wurde persönlich in der Einrichtung des*der Expert*in durchgeführt. Die befragte Person äußerte vorab den Wunsch den Leitfaden zugeschickt zu bekommen. Dies geschah in Form einer speziellen Version für sie, die ausschließlich die Fragenkomplexe beinhaltete.

Zu Beginn wurde die befragte Person zunächst noch einmal über die datenschutzrechtlichen Regelungen und die Anonymisierung in Kenntnis gesetzt. Anschließend konnte die Aufzeichnung des Aufnahmegerätes gestartet werden. Die Eröffnungsphase stellte sowohl bei dem Pretest als auch im Interview in Bezug auf den vorher aufgeführten ersten Eindruck keine große Herausforderung dar, denn die Forscherin kannte die Expert*innen bereits im Vorfeld. Dies führte zu einer durchgehend ungezwungenen und positiven Atmosphäre. Während des Gespräches wurden seitens der Forscherin einige Nachfragen gestellt. Dabei fanden die vorab überlegten

erzählgenerierend wirkenden Impulse keine Verwendung. Auch die oben angesprochene Flexibilität zwischen den Themenkomplexen war gegeben, denn einige Fragen beantwortete die befragte Person während der Erzählungen selbstständig ohne dass diese angesprochen werden mussten. Abschließend wurde die Befragung beendet und es folgte ein Nachgespräch. Während des Interviews fand die oben genannte Möglichkeit zur Protokollierung des Interviews jedoch keine Anwendung.

4.2.4 Transkription

Zum Abschluss der Datenerhebungsphase folgt die Sicherung der Daten in Form der Transkription. Das bedeutet, dass die Aussagen des Interviews, beziehungsweise das gesamte Gespräch verschriftlicht wird. Der Autor beschreibt in diesem Zusammenhang, dass es sinnvoll ist den Schritt des Transkribierens unmittelbar nach dem Interview umzusetzen. Zumindest empfiehlt es sich keine großen zeitlichen Abstände dazwischen kommen zu lassen (vgl. Kaiser 2014, S. 89f.). Es existiert zusätzlich eine zweite Methode zur Datensicherung, das Gedächtnisprotokoll, das für diese Forschungsphase jedoch keine Verwendung findet und somit nicht weiter erklärt wird.⁴

Der aus der Transkription produzierte Text bildet die Grundlage für die nächsten Arbeitsschritte, die die Vorbereitung des Datenmaterials für die Analyse beinhalten. Nur auf Basis eines Transkriptes ist es möglich eine qualitative Inhaltsanalyse durchzuführen. Dabei beschreibt der Autor einige Grundregeln, die sich auf die Anonymisierung, Strukturierung, Nummerierung und das Layout beziehen (vgl. Kaiser 2014, S. 93ff).

Reflexion des Arbeitsschrittes

Bevor die Transkription begann, wurden Regeln festgelegt, die sich an dem vereinfachten Transkriptionssystem von Thorsten Dresing und Thorsten Pehl (2015) orientieren (vgl. Dresing; Pehl 2015, S. 20ff). Die vorher beschriebenen Grundregeln nach Robert Kaiser (2014) wurden ebenfalls miteinbezogen. Zudem legte die Forscherin darüber hinaus weitere Maxime zur besseren Strukturierung des Transkriptes fest. Anschließend folgte die Verschriftlichung beider Interviews, die sich, im Nachhinein betrachtet, als zeitaufwändigsten Arbeitsschritt der Datenerhebungsphase gestaltete.

⁴ s. ausf. Kaiser 2014, S. 93ff

4.3 Qualitative Inhaltsanalyse

Im Rahmen dieser Bachelorthesis wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring angewendet. Dabei beschreibt er, dass der Grundgedanke dieser Analyse darin besteht die Systematik einer quantitativen Inhaltsanalyse zu erhalten und dabei den Fokus auf qualitative Arbeitsschritte der Textinterpretation zu richten. Es sollen somit vor-schnelle Quantifizierungen vermieden und gleichzeitig jedoch systematisch sowie regelgeleitet ausgewertet werden (vgl. Mayring 1994, S. 164). Der Vorteil einer Inhaltsanalyse besteht darin, dass sie in einzelne, vorher festgelegte Interpretationsschritte unterteilt wird, um sie für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar zu machen. In diesem Zusammenhang beschreibt Philipp Mayring (2015) ein Ablaufmodell mit neun Arbeitsschritten, das im Folgenden dargestellt und reflektiert wird (vgl. ebd., S. 61).

Zuerst muss das Material festgelegt werden, das der Analyse zugrunde liegen soll. Dabei geht es darum es genau zu definieren. Dies sollte im weiteren Verlauf der Analyse nicht oder nur mit begründeter Notwendigkeit geändert werden. Die Ermittlung der Textstellen erfolgt mit Blick auf die jeweilige Forschungsfrage. Anschließend wird die Entstehungssituation analysiert. Das heißt, dass genau erörtert wird unter welchen Bedingungen und von wem das Material produziert wurde. Zudem sind Informationen wie die verfassende Person, die Beteiligten, der Handlungshintergrund, die Zielgruppe sowie die konkrete Entstehungssituation von Interesse. Danach muss im dritten Schritt Formale Charakteristika des Materials, die Form, in der das Material vorliegt, erläutert werden. Meist benötigt eine Inhaltsanalyse dabei eine Verschriftlichung als Grundlage. Als nächstes folgt die Festlegung einer Richtung der Analyse. Dabei muss vorab bestimmt werden, unter welchem Aspekt das Material analysiert wird. Hierbei dient die Forschungsfrage als Orientierung. Anschließend erfolgt im nächsten Schritt, Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung, eine wissenschaftlich fundierte Einordnung der Forschungsfrage, um an die Theorien anderer anzuknüpfen und einen Erkenntnisfortschritt zu erzielen. Im nächsten Schritt wird die Analysetechnik festgelegt. Philipp Mayring (2015) stellt dafür die Methoden der Zusammenfassung⁵, Explikation⁶ und Strukturierung⁷ zur Auswahl. Dabei können sie einzeln oder als Mischform auftreten. Außerdem wird in diesem Schritt das Kategoriensystem, nach dem die Analyse ausgerichtet ist, festgelegt und die einzelnen Kategorien definiert, um sie voneinander abzugrenzen. Sie orientieren sich stets an der Forschungsfrage. Danach müssen die Analyseeinheiten

⁵ Ziel ist die Reduktion des Materials auf wesentliche Inhalte, die ein Abbild des Grundmaterials darstellen (vgl. Mayring 2015, S. 67)

⁶ Ziel ist die Erweiterung des Verständnisses von unklaren Textstellen, indem Zusatzmaterial hinzugezogen wird (vgl. ebd., S. 67)

⁷ Ziel ist es einen Querschnitt durch das Material zu legen, es aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen oder bestimmte Aspekte herauszufiltern (vgl. Mayring 2015, S. 67)

definiert werden, um die Präzision der Inhaltsanalyse zu erhöhen. Dabei legt die Kodierbarkeit die kleinste Texteinheit fest, die ausgewertet werden darf. Das Gegenstück dazu bildet die Kontexteinheit. Zudem existiert die Auswertungseinheit als dritte Analyseeinheit, die die Reihenfolge der auszuwertenden Textteile bestimmt. Im vorletzten Schritt folgt die Materialanalyse. Dabei werden die bisher beschriebenen Abläufe durchgeführt und das Kategoriensystem am Material sowie der Theorie rücküberprüft. Falls hierbei Veränderungen auftreten, erfolgt ein erneuter Materialdurchlauf. Abschließend werden die Ergebnisse zusammengestellt und in Richtung der Fragestellung interpretiert, um schlussendlich die Forschungsfrage beantworten zu können (vgl. Mayring 2015, S. 54ff).

Reflexion des Arbeitsschrittes

Nachdem die Daten für die Forschung erhoben und in Form von Transkripten gesichert wurden, folgte die Analyse des Materials. Bevor dies passierte, mussten jedoch einige Vorbereitungen getroffen werden, die im vorhergehenden Abschnitt bereits theoretisch erläutert wurden. Die Materialvorbereitung umfasst die ersten fünf Schritte des oben vorgestellten Ablaufmodells nach Philipp Mayring. Jedoch folgt zuerst die Vorstellung des Beispielmaterials, um einen Rahmen zu setzen und die Transparenz zu wahren.

Die beiden geführten Expert*inneninterviews dienten als Beispielmateriale. Dabei bestand das Ziel darin, die individuellen Praxiserfahrungen sowie angeeigneten Bewältigungsstrategien der Expert*innen mit dem Thema Ökonomisierung im Krankenhaussozialdienst zu erheben. Dafür wurden Fragen gestellt, die sich mit der Situation und Präsenz des Themas in der Einrichtung, dem individuellen Umgang sowie mit den Auswirkungen auf die Arbeit der befragten Personen beschäftigen. Ein weiterer Bestandteil der Befragung umfasste Fragestellungen in Bezug auf die Veränderungen durch die derzeitige Pandemiesituation. Die Interviews fanden teilweise als Videokonferenz, aber auch als persönliches face-to-face Gespräch in der Einrichtung statt. Diese hat die Forscherin aufgezeichnet, gespeichert und computergestützt transkribiert.

Der erste Schritt bestand darin, das Material festzulegen. Dafür lagen im Rahmen der Forschung die beiden Texte der Befragungen vor, die unter Einhaltung der zuvor erstellten Transkriptionsregeln (Anhang IIa) verschriftlicht wurden. Die entstandenen Transkripte (Anhang IIb; Anhang IIc) haben dabei jeweils einen Umfang von sieben bis zehn Seiten.

Als nächstes ging es darum, die Entstehungssituation zu analysieren. Beide Befragungen wurden von der Forscherin selbst durchgeführt sowie transkribiert. Als Expert*innen dienten dabei Personen, die beruflich im Sozialdienst eines Krankenhauses, beziehungsweise einer Klinik tätig sind und somit für die Forschung geeignetes Fach-

sowie Erfahrungswissen besitzen. Sie wurden aufgrund ihrer Profession ausgewählt. Die Teilnahme an der Befragung erfolgte auf freiwilliger Basis. Eines der beiden Interviews konnte pandemiebedingt nur digital über eine Onlineplattform für Video- und Webkonferenzen stattfinden.

Danach folgte der Schritt die formalen Charakteristika, um das Material zu bestimmen. Da die Interviews wie bereits erwähnt in unterschiedlicher Art und Weise erhoben wurden, lagen für beide Befragungen die Audiodateien vor. Für das digital geführten Befragungen gab es zusätzlich Videomaterial. Dies wurde jedoch gelöscht, da ausschließlich die Tonaufnahme transkribiert wurde und in die Analyse einfluss.

Innerhalb der ersten drei Arbeitsschritte wurde das Ausgangsmaterial beschrieben. Aus den daraus folgenden Erkenntnissen lässt sich die Frage ableiten, was aus diesem Textmaterial herausinterpretiert werden soll. Dafür muss eine Richtung für die Analyse bestimmt werden. Damit befasst sich der nachfolgende Schritt. Die festgelegte Richtung kann individuell bestimmt werden, soll sich aber im Sinne der Forschung an der Hauptfrage orientieren. Der Gegenstand dieser Befragung bezieht sich auf das Expert*innenwissen sowie deren Praxiserfahrungen, dass es zu analysieren galt. Dafür wurden die Befragten dazu angeregt ihr Fach- und Erfahrungswissen in Bezug auf die Thematik preiszugeben.

Anschließend geht es im folgenden Schritt darum die Fragestellung theoriegeleitet zu differenzieren. Dafür enthält das Beispielmateriale Aussagen von zwei Expert*innen aus dem Fachgebiet der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Die erste Person hat dabei eher theoretisches Fachwissen, dass sie sich im Rahmen des Studiums aneignete. Die zweite Person lieferte dabei viele Informationen über den Transfer von der Theorie in die Praxis.

An diesem Punkt gilt die Vorbereitung des Materials als abgeschlossen. Nun geht es darum den Prozess der Inhaltsanalyse einzuleiten. Das passiert im nächsten Schritt durch die Auswahl der Analysetechnik. Wie bereits erwähnt stellt Philipp Mayring (2015) drei Methoden zur Auswahl. Im Rahmen dieser Inhaltsanalyse fand vor allem die Strukturierung Verwendung. Diese wurde jedoch mit einigen Punkten von der Zusammenfassung kombiniert. Somit gestaltete sich im Prozess eine Mischform aus beiden Techniken. Ziel war es, im Sinne der Strukturierung, bestimmte Aspekte aus dem Textmaterial herauszufiltern. Zudem wurde im weiteren Verlauf der Analyse die Methodik der Paraphrasierung von der Technik der Zusammenfassung herangezogen. Das heißt, dass die Textstellen den Kategorien zugeordnet und von der Forscherin noch einmal kurz in eigenen Worten sinngemäß zusammengefasst wurden, um einen besseren Überblick über die getätigten Aussagen zu erhalten.

Dafür mussten zunächst Kategorien festgelegt, definiert und daraus ein Kategoriensystem erstellt werden, um zu erörtern, welche Aspekte von Interesse sind. Die Kategorienbildung kann dabei sowohl deduktiv, induktiv, als auch abduktiv erfolgen. In diesem Zusammenhang bedeutet deduktiv, dass zuerst Kategorien gebildet und anschließend anhand des Materials überprüft und ergänzt werden. Das Gegenstück dazu bildet die induktive Kategorienbildung. Hierbei werden die Kategorien während der Bearbeitung des Textes, also direkt am Material erstellt. Dies erfolgt mit Hilfe der Generalisierung. Dabei wird der Text soweit reduziert, dass am Ende Überschriften für Themenblöcke übrig bleiben. Die letzte Art der Kategorienbildung ist die Abduktion. Jo Reichertz (2016) beschreibt dieses Verfahren als „der qualitativen Induktion um [sic] Verwechseln ähnliche, aber dennoch völlig andere [...] Art der Datenverarbeitung“ (vgl. ebd. S. 131). Dies entspricht der vollkommenen Neuentdeckung von Zusammenhängen oder Erkenntnissen, aufgrund einer neuen Zusammenstellung von Merkmalskombinationen der erhobenen Daten (vgl. ebd., S. 131). Auch in dieser Frage entschied sich die Forscherin dazu eine Mischform der beiden ersten Arten zu verwenden. Es wurden zunächst deduktiv Kategorien gebildet, die sich am Leitfaden orientierten. Um dies später weiter zu differenzieren, ergänzte die Forscherin sie durch die induktive Vorgehensweise. Letztlich mussten die Kategorien noch definiert (Anhang IIIa) werden, um sie voneinander abgrenzen zu können.

Im nächsten Schritt geht es darum die Analyseeinheiten zu bestimmen. Dabei wurden Absätze als Kontexteinheit und Sätze, beziehungsweise einzelne aussagekräftige Wortgruppen als Kodiereinheit festgelegt. Die Auswertungseinheit orientiert sich dabei an der festgelegten Reihenfolge des Kategoriensystems sowie am Auftreten der Textstellen im Transkript. Anschließend wurde die Materialanalyse durchgeführt. Dabei waren drei Durchläufe notwendig, um die Datenmenge angemessen aufzuarbeiten und die Reihenfolge der Kategorien mehrfach anzupassen. Die endgültigen Kategoriensysteme befinden sich ebenfalls im Anhang (Anhang IIIb; Anhang IIIc). Letztlich wurden die Aussagen analysiert und interpretiert. Die Zusammenstellung der Ergebnisse erfolgt im nächsten Punkt.

5 Zusammenfassung der Analyseergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse aus der Materialanalyse dargestellt. Es folgt ein Vergleich beider Interviews miteinander und sofern möglich, wird an den passenden Stellen Literatur mit einbezogen, um im Endeffekt einen groben Überblick des Themas in Theorie sowie Praxis zu erhalten. Dafür werden die Ergebnisse aus acht entstandenen Kategorien aufgeführt. Wie genau die Forscherin diese definiert und welche Aussagen sie beinhalten ist im Anhang (Anhang IIIa; Anhang IIIb; Anhang IIIc) zu finden. Um ein vorheriges Verständnis zu schaffen, wurden beide befragten Personen mit dem Buchstaben B und der jeweiligen Nummer des Interviews (1 und 2) abgekürzt.

5.1 Auswertung Kategorie 1: Betroffenheit der Einrichtung

Die erste Kategorie beinhaltet das Thema der Betroffenheit der eigenen Institution der Expert*innen. Dabei beschreibt B1 im nachfolgenden Zitat, dass in der Einrichtung die Ökonomisierung im Alltag auf jeden Fall spürbar ist, denn es muss ständig auf die Finanzierung der Maßnahmen geachtet werden, die an bestimmte und vor allem auch verschiedene Kostenträger gebunden ist. „[Die Ökonomisierung spielt] im Täglichen eigentlich schon eine große Rolle [...], weil alles mit irgendwelchen Kostenträgern verbunden ist“ (Anhang IIb Z. 16ff). Dabei wird oft das Beispiel der Rehabilitation angeführt. Die befragte Person betont jedoch, dass ihre Arbeit und die des Sozialdienstes nicht an Profit orientiert ist, sondern an den Prinzipien der Sozialen Arbeit. Das heißt, um hier auf das Beispiel der Rehabilitation zu kommen, dass diese Maßnahme im Sinne der Wiederherstellung der Gesundheit der Patient*innen angeboten wird, nicht um Profit zu generieren. „[A]ber wir arbeiten jetzt nicht danach, dass wir jetzt sagen wir müssen so und so viele Patienten zwingend in eine Rehabilitation bekommen, um so und so viel Umsatz machen zu können“ (Anhang IIb Z.18ff).

B2 hingegen führte diese Frage etwas weiter aus. Die befragte Person beschreibt die Ökonomisierung ebenfalls als spürbar, sowohl in allen Bereichen der eigenen Institution als auch im gesamten Gesundheitswesen. „Grundsätzlich ist es so, dass die Ökonomisierung sich in alle Lebensbereiche von uns ausbreitet“ (Anhang IIc Z. 15f.). Dabei führt sie im nachfolgenden Zitat an, dass es sich im Laufe der Zeit sogar zu einer dezentralen Aufgabe entwickelt hat, sich als Krankenhaus oder Klinik am Markt zu behaupten und die Daseinsfürsorge historisch gesehen schon eine Weile lang nicht mehr die alleinige Aufgabe einer solchen Einrichtung ist. „[I]ch denke auch das Krankenhaus nun mittlerweile als Teil des Marktes, das sich behaupten

muss als Standardbehauptung für die Region, das ist entscheidend. Das sind so dezentrale Aufgaben, also dass man nicht mehr nur Medizin machen kann, an sich“ (Anhang IIc Z. 19-22). Zudem beschreibt B2, dass die Leitungsstrukturen in vielen Kliniken in den letzten Jahren ebenfalls immer mehr „verwirtschaftlicht“ wurden und von einer ärztlichen Leitung zu großen Organisationen wie beispielsweise Helios wechselten, wo die Geschäftsführung aus Manager*innen und Betriebswirt*innen besteht (vgl. Anhang IIc Z. 22-29). Dabei sieht B2 einen Vorteil in der eigenen ärztlichen Leitung des Hauses, denn da liegt der Fokus eher auf der Aufrechterhaltung der Struktur, des Rahmens und der Haltung, anstatt der Gewinnmaximierung (vgl. Anhang IIc Z. 27ff). Trotzdem ist diese Einrichtung auch von Problemen betroffen, die im Gesundheitswesen als alltäglich gelten. Dafür wird das Beispiel des Fachkräftemangels angeführt. „[E]s gibt Probleme, die im Gesundheitswesen allgemein üblich sind, also beispielsweise der Fachkräftemangel“ (Anhang IIc Z. 33f.). Hierbei ist es wichtig die Mitarbeiter*innen entsprechend gut zu finanzieren, um sie halten zu können, was jedoch einem wirtschaftlichen Arbeiten entgegensteht. Dazu führt die Person an, dass es eine Herausforderung darstellt mit wenigen Fachkräften gleichzeitig effektiv und ökonomisch zu arbeiten (vgl. Anhang IIc Z. 34-38). Weiterhin beschreibt B2, dass man seinen Fokus darauf richten soll „[...] hinzuschauen, was ist nicht mehr da“ (Anhang IIc Z. 39), um etwas über die Betroffenheit der Institutionen von Ökonomisierung herauszufinden. Dabei dient die Schließung von Geburtstationen und Kreißsälen in der Region aufgrund einer zu geringen Wirtschaftlichkeit als Beispiel (vgl. Anhang IIc Z. 39-42). In der Einrichtung der befragten Person ist dies zwar nicht der Fall gewesen, jedoch wurde der Aufbau der Stationen im Sinne der Ökonomisierung auch da verändert (vgl. Anhang IIc Z. 42-47).

Dagmar Röhrlich (2019) hat in ihrem Artikel einen Chefarzt befragt, der ebenfalls eine ähnliche Situation beschreibt. Denn dieser arbeitet in einer Einrichtung, wo die Geschäftsführer*innen immer mehr an der Behandlung von gewinnbringenden Indikationen, wie beispielsweise aufwändigen Stammzelltransplantationen, Chemotherapien und Ganzkörperbestrahlungen interessiert sind. Dies sind Verfahren, die von den Kostenträgern gut finanziert werden, jedoch hohe Anforderungen an das Personal stellen (vgl. ebd.). Es wird auf das Problem eingegangen, was B2 zuvor angesprochen hat. Die Leitung besteht aus meist noch jungen Betriebswirt*innen, die oft nicht die nötigen Erfahrungen und Kompetenzen besitzen, um bei medizinischen Belangen mitdiskutieren zu können. Zudem wird beschrieben, dass die Ökonomisierung höchste Priorität hatte und bei einem Leitungswechsel die Einsparmaßnahmen immer zuerst bei den Personalkosten begannen. Die Mitarbeiter*innen sind den Geschäftsführer*innen dabei untergeordnet. Jedoch erklärt der Chefarzt auch, dass es Aufgabe

eines Krankenhauses ist Gewinne zu erzielen, um sich halten zu können (vgl. ebd.). Diese Aussage deckt sich mit der von B2. „[...] dass der Patient dann sozusagen dort nicht nur seine Gesundheit wiederbekommen soll, sondern auch das Klinikum oder der jeweilige Krankenhausträger dann auch dementsprechend seine Finanzierung erhält“ (Anhang IIc Z. 71-74). Dies eröffnet ein Spannungsfeld in der Krankenhaussozialarbeit im Rahmen der Ökonomisierung. Dabei besteht das Risiko, dass daraus Paradoxien entstehen, wie sie im Punkt 3 nach Fritz Schütze (2021) dargestellt wurden.

Jedoch ist die Ökonomisierung des Gesundheitswesens nicht per se problematisch. Das Problem liegt eher darin, dass im Gesundheitssystem fast alles auf eine Gewinnmaximierung ausgerichtet ist und sich das zugrundeliegende Finanzierungssystem als fehlerhaft darstellt. Dabei gibt es in Deutschland wenig finanzielle Anreize für Krankenhäuser in Fachrichtungen zu investieren, die zwar eine umfangreiche Versorgung garantieren, im englischen auch best practice genannt, jedoch keine Gewinne einbringen. Somit lohnt es sich eher, sich auf lukrative Fachrichtungen und Professionen zu spezialisieren (vgl. Twankenhaus 2020).

5.2 Auswertung Kategorie 2: Beeinflussende Faktoren

Die zweite Kategorie ist in zwei Teile untergliedert. Sie beschäftigt sich im ersten Abschnitt mit den Faktoren, die die Ökonomisierung in der Einrichtung verursachen und anschließend wird im zweiten Teil auf Auswirkungen der besagten Faktoren auf die eigene Soziale Arbeit der Expert*innen eingegangen. Diese Betrachtungen werden durch eine Literaturrecherche ergänzt.

5.2.1 Faktoren der Ökonomisierung

Zuerst erläutert B1, dass das Team des Sozialdienstes nach einem Leitbild arbeitet, das sich stark an der Menschenwürde orientiert. „[W]ir sind jetzt nicht darauf aus nach Profit zu arbeiten, sondern eher an den Bedürfnissen der Patienten“ (Anhang IIb Z. 32f.). Zudem erklärt B1: „Ökonomisierung, klar spielt das immer eine Rolle mit, aber man macht das wahrscheinlich oder wir machen das eher unterschwellig“ (Anhang IIb Z. 30ff). Hierbei ist vor allem der Faktor Finanzierung äußerst präsent. Denn viele Schritte der Arbeit sind davon abhängig. Die befragte Person führt dabei das Beispiel der Rehabilitation an, um die Situation zu verdeutlichen. Der Sozialdienst initiiert die Maßnahme, wenn sie von den Patient*innen gewünscht ist. Dabei achten sie sehr auf das Patientenwahlrecht und die Bedürfnisse werden berücksichtigt. Jedoch hängt dann die Durchführung immer noch von der Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers, in diesem Fall die jeweilige Krankenkasse, ab (vgl. Anhang IIb Z. 33-37).

B2 beschreibt dabei als konkreten Faktor das DRG-System, das 2003 als eine Maßnahme der Politik zur Ökonomisierung des Gesundheitswesens eingeführt wurde. „Naja der Klassiker ist ja dieser DRG“ (Anhang IIc Z. 54). Wie bereits im Punkt 2.5 erwähnt, erklärt auch B2, dass die DRGs dabei einen wesentlichen Einfluss auf die Verweildauer der Patient*innen in der Institution haben (vgl. Anhang IIc Z. 56ff). Wie dieses System funktioniert, wurde an dieser Stelle bereits ebenfalls in Punkt 2.5 in seinen Grundzügen beschrieben. Da die Einrichtungen, laut der befragten Person, belohnt, beziehungsweise besser vergütet werden, wenn die angesetzte Spanne für eine Indikation unterboten wird, besteht der Anreiz für jede Institution und bei jeder DRG-gelistete Krankheit die Aufenthaltsdauer so gering wie möglich zu halten. Wenn also eine Vielzahl von Krankenhäusern und Kliniken die Behandlung sowie Entlassung in geringerer Zeit durchführt, verkürzt sich im Rückschluss diese Verweildauer dauerhaft. Das ist ein stetiger Prozess (vgl. Anhang IIc Z. 58-64). B2 beschreibt, dass „wir jetzt in den Bereich kommen, der sich in der Fachliteratur blutige Entlassung nennt, also bei orthopädischen Operationen“ (Anhang IIc Z. 64f.). Diese Profit-Spirale erzeugt einen ökonomischen Druck auf alle Bereiche des Krankenhauses und deren Mitarbeiter*innen. Für die Soziale Arbeit bedeutet es, dass dadurch die Anforderungen an die Nachsorge steigen (vgl. Anhang IIc Z. 66ff). Zudem führt die befragte Person den „Transfer von dieser wohlfahrt[sstaatlichen] Daseinsfürsorge vom Gesundheitswesen oder vom Krankenhaus in diese marktwirtschaftliche Orientierung“ (Anhang IIc Z. 69ff) als Faktor an. Das hat zur Folge, dass die primäre Aufgabe der Institution nicht mehr nur die Wiederherstellung der Gesundheit von Patient*innen ist. Vielmehr muss Geld erwirtschaftet werden, um sich finanzieren und halten zu können. Dadurch werden Leitlinienstandards und Anforderungen geschaffen, die folglich Mindeststandards festlegen (vgl. Anhang IIc Z. 68-77).

Wie bereits in der ersten Kategorie erwähnt, nimmt Dagmar Röhrlich (2019) in ihrem Artikel ebenfalls Bezug darauf, dass die Finanzierungssystematik einen der Faktoren, beziehungsweise Ursachen der Ökonomisierung darstellt. Zudem geht der befragte Chefarzt auf die Situation nach der Einführung der Fallpauschalen (DRG-System) ein. Dabei reflektiert er, dass in den damaligen Zeiten in den 80er Jahren kaum auf die Kosten der Maßnahmen oder der Medikamente geachtet wurde, ebenso bei der Verweildauer der Patient*innen. Das führte zu explodierenden Kosten im Krankenhaussektor. Der Zweck zur Einführung dieser Reform war es, diese Kosten drastisch zu reduzieren, beziehungsweise mit den Ressourcen angemessen zu wirtschaften (vgl. ebd.). Das beschrieb B2 ebenfalls im Interview. „Das ist der Sinn und Zweck der Politik da schon gewesen sozusagen das Gesundheitswesen wirtschaftlicher zu gestalten“ (Anhang IIc Z. 54ff). Weiterhin wird erwähnt, dass dadurch die

Effizienz der Krankenhäuser stieg, denn die Patient*innen wurden schneller entlassen sowie Betten schneller wieder belegt. Dies führte jedoch zu einer höheren Belastung der Mitarbeiter*innen, da der Personaldeckel dabei nicht angepasst wurde (vgl. ebd.).

Um den Umstand der blutigen Entlassung zu definieren wurde ebenfalls geeignete Literatur herangezogen. Dies ist eine Bezeichnung für die frühzeitige Verlegung von dem Krankenhaus in die Rehabilitationsklinik. Dabei sind die Patient*innen oft noch sehr geschwächt von der Operation, dass die eigentliche Rehabilitationsphase nicht direkt in Anspruch genommen werden kann. Zudem können erneute Verletzungen oder Wundheilungsstörungen, auch Drehtür-Effekt genannt, eine Folge dessen sein (vgl. Niermann 2007). Dieser Umstand wird durch die sich stetig weiter verkürzenden Liegezeiten hervorgerufen und stellt eine Folge der Ökonomisierung dar. Es widerspricht jedoch absolut dem eigentlichen Auftrag der Profession Soziale Arbeit. An dieser Stelle lässt sich wieder auf den Exkurs im Punkt 3 verweisen.

5.2.2 Auswirkungen auf die Soziale Arbeit

Im zweiten Abschnitt der Kategorie wird Bezug auf die Auswirkungen der Faktoren auf die Soziale Arbeit im Krankenhaus genommen.

Dabei beschreibt B1, dass durch die Abhängigkeit der Maßnahmen von der Finanzierung die alltägliche Arbeit stark beeinflusst und oft eher ausbremsend wirkt. „Das beeinflusst und bremst dann schon auch den Arbeitsalltag aus“ (Anhang IIb Z. 48f.). Dabei bezieht sich die Person wieder zur Veranschaulichung auf das Beispiel der Rehabilitation. „Also wenn ich jetzt wieder das Beispiel Rehabilitation nehme, sind wir darauf angewiesen zu warten bis der Kostenträger das Ganze genehmigt, um den Patienten dann in die Rehabilitation entlassen zu können. Wird das nicht genehmigt geht es in den Widerspruch. Dann gibt es da noch einen langen Rattenschwanz, der damit hinterherkommt“ (Anhang IIb Z. 44-48). Das bedeutet, dass die Antragstellung stets mit dem Warten auf eine Kostenzusage verbunden ist. Wird diese nicht von der jeweiligen Krankenkasse erteilt, folgt der rechtliche Schritt des Widerspruches oder es müssen sich andere Möglichkeiten der Nachsorge überlegt werden. Zudem geht B1 ebenfalls auf die Verweildauer ein. Sie beschreibt die Problematik, dass gerade bei Fällen von Frührehabilitationen die Patient*innen in einer sehr niedrigen Rehabilitationsphase beginnen. Diese können die ersten Wochen dieser Maßnahme nicht richtig in Anspruch nehmen. Im Krankenhaus können sie wie früher jedoch auch nicht bleiben, da dies wieder mit zusätzlichen Kosten verbunden ist (vgl. Anhang IIb Z. 79-89). „[E]s ist auch so ein Problem denke ich manchmal, weil auf der einen Seite können sie nicht so lange im Krankenhaus bleiben, weil das ja auch wieder eine

Kostenfrage ist“ (Anhang IIb Z. 86ff). Deswegen können Frührehabilitationen bis zu sechs Wochen andauern.

In dieser Situation eröffnet sich erneut ein Spannungsfeld zwischen der Sozialen Arbeit und der Ökonomisierung mit einem paradoxen Hintergrund. Die befragte Person erwähnte im ersten Teil dieser Kategorie, dass das Team des Sozialdienstes nach einem Leitbild arbeitet, dass sich an der Menschenwürde orientiert, kämpft aber gleichzeitig mit der Kosten-Spirale und der damit einhergehenden kurzen Verweildauer der Patient*innen, die durch die Ökonomisierung verursacht wurde. Hierbei lässt sich wieder ein Paradoxon erkennen, die im Exkurs des dritten Punktes beschrieben wurde.

B2 knüpft ebenfalls an die verkürzte Verweildauer an, denn dadurch steigen die Nachsorgebedingungen (vgl. Anhang IIc Z. 81ff). „Das erhöht sozusagen jetzt schonmal den Arbeitsaufwand klassisch“ (Anhang IIc Z. 89). Dies differenziert die befragte Person im Folgenden noch aus. Wie bereits auch in der Literatur beschrieben wurde, merkt B2 dabei an, dass der Krankenhausaufenthalt so lang andauerte bis die Autonomie der Patient*innen in der Häuslichkeit wiederhergestellt war. Es wurden die ersten Rehabilitationsphasen im Krankenhaus umgesetzt (vgl. Anhang IIc Z. 83-86). Heutzutage haben Patient*innen einen höheren Nachsorgebedarf in der Selbstständigkeit, der vom Team des Sozialdienstes organisiert werden muss (vgl. Anhang IIc Z. 86ff). Weiterhin spricht B2 das Problem der Prozessoptimierung an, was zuerst einmal nicht negativ ist. Um ökonomischer zu arbeiten wurden Managementprozesse in die Struktur des Gesundheitswesens eingewoben. Als Folge ergab sich daraus eine Fragmentierung der Arbeitsprozesse, damit Zeit eingespart wird. Das heißt, um die Arbeit effektiver zu gestalten, werden, wie es in der Industrie bekannt ist, verschiedene Produktionsabteilungen gebildet (vgl. Anhang IIc Z. 89-93). „Die sprechen der ganzheitlichen Betrachtung des Patienten entgegen, weil jeder Mitarbeiter seine Pflicht tut und man dann nicht den gesamten Prozess der Krankheitsbehandlung des Patienten im Blick hat. Von daher gibt es dann ein fehlendes Problembewusstsein für die Gesamtsituation des Patienten“ (Anhang IIc Z. 93-97). Also bedeutet das, laut der befragten Person, für das Setting der Krankenhaussozialarbeit, dass das Risiko besteht den ganzheitlichen Blick auf die Patient*innen und deren Behandlung zu verlieren, wenn alle Mitarbeiter*innen ihrem eigenen kleinen Ausschnitt des Prozesses, als Arbeitsschritte zergliedert, nachgehen und nicht den Gesamtprozess im Blickfeld behalten. „Das ist für die Soziale Arbeit oder für uns im Blick sehr schwierig, weil wir auch da wieder beispielsweise einen Anamnesebogen haben, den uns das Entlassmanagement vorgibt“ (Anhang IIc Z. 97ff). Gleichzeitig steigt somit auch der bürokratische Aufwand. Das kann als Erleichterung des Erstgespräches

dienen. Jedoch merkt B2 an, dass „das [...] wirklich nur das Problembewusstsein des Fragebogens [ist] und wieder nicht die gesamte Situation, die da eingeführt wird“ (Anhang IIc Z. 102ff). Damit wird das Problem also nur innerhalb des Bewusstseins des Fragebogens eruiert und nicht auf die Gesamtsituation der Klient*innen eingegangen. Der rechtliche Hintergrund bestimmt also, dass die Anamnese möglichst nach dem Fragebogen durchgeführt werden soll. Jedoch schreibt der sozialarbeiterische Auftrag einen ganzheitlichen Blick auf die Lebenswelt der Klient*innen vor. Hierbei lässt sich ein Paradoxon der Profession Soziale Arbeit, nach dem Verständnis von Fritz Schütze (2021), erkennen. Darauf wurde bereits im Punkt 3 ausführlich eingegangen.

Obwohl im Gesundheitswesen ein hoher ökonomischer Druck herrscht, beschreibt B2 die Erfahrung, dass die Leitung der Einrichtung bisher keinen Finanzdruck oder Androhungen von Stundenreduzierung auf das Team des Sozialdienstes ausgeübt hat (vgl. Anhang IIc Z. 285-289). Dies kann zum einen darin begründet sein, dass die Finanzierung des Bereiches durch die rechtliche Verankerung im Sozialgesetzbuch in Form des Entlassmanagements gewährleistet ist (vgl. Anhang IIc Z. 221-225). B2 vergleicht den Finanzierungsdruck des Krankenhaussozialdienstes beispielhaft mit dem aus anderen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit. „[I]ch glaube da ist es in der freien Trägerhilfe ein bisschen komplizierter“ (Anhang IIc Z. 218f.). Zum anderen kann dies als Anerkennung der Arbeit des Sozialdienstes gesehen werden. B2 erklärt, dass der geringe Kostendruck zu einer entspannteren Arbeit führt. „Das macht uns schonmal ein bisschen entspannter und wir haben wie gesagt eine gute Kommunikationsbasis mit Ärzten und mit den Stationen“ (Anhang IIc Z. 289ff).

In der Literatur wird, bezugnehmend auf die Fragmentierung von einer Zerlegung der für die Patient*innen erforderlichen Versorgung gesprochen. Dies gilt als Auswirkung der Ökonomisierung auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit des Versorgungssystems. Dabei stehen die Patient*innen nicht mehr ganzheitlich im Zentrum einer auf sie abgestimmten Behandlung. Es erfolgt die genannte Zerlegung des erforderlichen Versorgungshandelns in einzelne Bestandteile, die in die Zuständigkeit unterschiedlicher Systeme, Berufe und Sektoren fallen (vgl. Jacobs 2011, S. 47). Wie bereits von B2 beschrieben besteht somit die Gefahr, dass der ganzheitliche Blick auf die Patient*innen verloren geht, was nicht dem Auftrag der Profession Sozialer Arbeit entspricht.

5.3 Auswertung Kategorie 3: Chancen

Die dritte Kategorie befasst sich mit Chancen, die die Ökonomisierung mit sich bringt. Dabei wird von beiden Expert*innen Bezug zu deren eigener Sozialen Arbeit genommen.

B1 beschreibt in diesem Zusammenhang, dass die Arbeit im Krankenhaus durch den Prozess der Ökonomisierung effektiver und effizienter gestaltet wurde. „[I]ch würde schon sagen, dass wir sehr effektiv arbeiten“ (Anhang IIb Z. 101). Dabei geht die befragte Person auf die Spezifizierung des Prozesses und die Digitalisierung ein. Sie spricht die Erfahrung an, dass durch diese Fragmentierung, beziehungsweise Spezifizierung der Versorgung der Patient*innen das Ziel erreicht wurde, die Arbeit und auch speziell die Soziale Arbeit in ihrer Effizienz zu steigern. Zudem sieht sie die Digitalisierung als Folge, beziehungsweise Nebeneffekt der Ökonomisierung (vgl. Anhang IIb Z. 101-104). Dies bringt Vorteile bei der Anamnese, da nicht alles handschriftlich festgehalten werden muss. Die meist auf einem Tablet gemachten Notizen lassen sich online sofort für das behandelnde medizinische Personal zur Verfügung stellen. Damit kann eine doppelte Dokumentation mit all ihren Fehlerquellen vermieden werden.

„[A]uch was die Entlassung nach Hause betrifft, ist es auch so, dass wir auch ein großes Netzwerk haben, wo wir auch viel die Patienten weitervermitteln können, auch außerhalb an Sozialarbeiter“ (Anhang IIb Z. 104ff). B1 beschreibt, dass sich somit die Netzwerkarbeit vereinfachen und weiter ausbauen lässt. So wird beispielsweise die Kooperation, beziehungsweise Schnittstellenarbeit mit ambulanten Diensten oder (teil-)stationären Einrichtungen in ihrer Effizienz und Effektivität gesteigert. Die Patient*innen können einfacher und schneller an geeignete Stellen vermittelt werden und die Kommunikation verläuft dabei ebenfalls besser (vgl. Anhang IIb Z. 106-110).

B2 bezieht sich in dieser Frage anfangs weniger auf die Folgen der Ökonomisierung, sondern eher auf die Methoden, die die Managementprozesse und Integration der wirtschaftlichen Prinzipien mit sich bringen. Dabei geht die befragte Person speziell auf die SMART-Analyse⁸ ein. „[W]enn man da einen Vorteil sehen möchte, aus unserer Sicht der Sozialen Arbeit ist die es SMART-Regelung, also die Methodik der SMART-Führung“ (Anhang IIc Z. 157f.). Sie beschreibt, dass die Soziale Arbeit durch die Festlegung der Behandlungsziele mithilfe der SMART-Methodik effektiver gestaltet wird. Dabei muss der Fokus auf das Messinstrument gelegt werden. „[D]as sollte jetzt nicht eine Fallzahl sein oder eine Bettenzahl und Umsatzzahl. Es gibt auch soziale Indikationen, die man nutzen kann“ (Anhang IIc Z. 161ff). Die Methode bringt den Vorteil Grenzen zu setzen und eine Zielrichtung festzulegen. Dabei beschreibt B2, dass die Soziale Arbeit oft das Risiko beinhaltet, durch die ganzheitliche

⁸ Eine Methode aus dem Business- und Managementkontext, um Ziele festzulegen und zu konkretisieren. Ausgesprochen bedeuten die Buchstaben „spezifisch“, „messbar“, „attraktiv“, „realistisch“, „terminiert“ (vgl. Flandorfer 2020).

Betrachtung der Patient*innensituation alle Bereiche beleuchten zu wollen, jedoch keinen Schritt weiterzukommen. Um diese Problematik zu umgehen, hilft es vorher gemeinsam mit den Patient*innen sowie dem medizinischen Personal Behandlungsziele zu definieren (vgl. Anhang IIc Z. 163-170).

Weiterhin führt B2 den Punkt an, dass aufgrund der Ökonomisierung bestimmte Grenzen zwischen Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen aufgeweicht werden. „Ärzte setzen sich eher mit der Sozialen Arbeit auseinander, also sie gehen eher auf uns zu oder man betrachtet die ganzheitliche Situation miteinander, also das führt eher zu einer Verbindung zwischen ärztlicher Profession und unserer Profession“ (Anhang IIc Z. 174-177). Dabei erklärt die befragte Person, dass aufgrund der Ablösung der ärztlichen Leitung von Manager*innen, sich Ärzt*innen mehr mit dem Sozialdienst auseinandersetzen. Denn sie beziehen in medizinischen Belangen unterschiedliche Positionen wie die Geschäftsleitung. Dies führt zu einer Verbindung von ärztlicher und sozialarbeiterischer Profession als Folge des Systems. Der Sozialdienst wird dabei als Unterstützungselement in der Nachsorgeplanung wahrgenommen, um die Liegezeiten zu erreichen (vgl. Anhang IIc Z. 174-181).

In der Literatur wird sich in diesem Zusammenhang ebenfalls vor allem auf den Gewinn von Effektivität und Effizienz der Sozialen Arbeit bezogen, der aus der Einführung der betriebswirtschaftlichen Elemente hervorgeht. Dabei merkt Thomas Meysen (1999) an, dass die Beurteilung sozialer Dienstleistungen und der Sozialen Arbeit nach Leistungskriterien, die in der Wirtschaft ebenfalls angewendet werden, notwendig und unumgänglich ist, weil sie einen Teil der Leistungsgesellschaft darstellt. Dabei plädiert er für mehr Transparenz in Bezug auf die Kosten, eine genauere Haushaltung sowie Kontrollen über die Verwendung von finanziellen Mitteln. Dieser Nachweis über Effizienz und Effektivität verhilft der Sozialen Arbeit zu politischer und gesellschaftlicher Anerkennung (vgl. ebd., S. 120-131). Aus den bisherigen Ausführungen der Analyseergebnisse lässt sich schließen, dass in diesem Zusammenhang darauf geachtet werden muss, dass der Gewinn an Effektivität und Effizienz nicht auf Kosten der Klient*innen geschieht. An dieser Stelle kann man wieder ein Paradoxon nach dem Verständnis von Fritz Schütze (2021) ableiten. Denn im weitesten Sinne lässt sich daraus die Vermutung aufstellen, dass die verkürzte Aufenthaltsdauer der Patient*innen, die die Problematik der blutigen Entlassung verursacht und die Steigerung der Arbeit des Sozialdienstes in ihrer Effektivität sowie Effizienz gegebenenfalls im Zusammenhang stehen.

Weiterhin ist im Sinne der Chancen von Ökonomisierung zu nennen, dass im Rahmen des eingeführten Qualitätsmanagements viele Mitarbeiter*innen angeben sich ihrer beruflichen Identität bewusster geworden zu sein (vgl. Seithe 2010, S. 81).

Außerdem hilft das Qualitätsmanagement festgefahrene Handlungsmuster zu reflektieren und aufzubrechen. Dabei werden fachliche Methodiken und Standards evaluiert und bei Bedarf optimiert. Dies stellt einen wichtigen Schritt für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit dar (vgl. Gaitanides 2000, S. 127).

5.4 Auswertung Kategorie 4: Risiken

Nachdem nun die Chancen erörtert wurden, die die Ökonomisierung mit sich bringt, befasst sich die vierte Kategorie als Gegensatz mit den Risiken, die die Wirtschaftlichkeit in Bezug auf die Soziale Arbeit im Krankenhaus birgt.

B1 nimmt in diesem Punkt wieder Bezug auf die Digitalisierung, die im vorherigen Punkt bereits angesprochen wurde. „[D]as ist für die dann auch sehr befremdlich, wenn man dort mit einem Computer [...] ankommt“ (Anhang IIb Z. 131f.). Dabei beschreibt die befragte Person die Erfahrung, dass es auf die älteren Patient*innen seltsam oder fremd wirken kann, wenn die Sozialarbeiter*innen mit einem Tablet, Laptop oder einem ähnlichen Gerät beispielsweise zu den Anamnesegesprächen erscheinen. Sie erläutert, dass der größte Teil der Zielgruppe aus Menschen ab 60 Jahren bestehen (vgl. Anhang IIb Z. 129-132). „Da muss man einfach für sich so ein bisschen den Weg finden, dass man die Soziale Arbeit trotzdem aufrechterhält“ (Anhang IIb Z. 132ff).

Weiterhin weist B1 auf die Problematik hin, dass durch die Ökonomisierung auch in Bezug auf die Einführung des Entlassmanagements viel Bürokratie hinzukam. Das Ziel soll sein, die Soziale Arbeit damit rechtlich zu fundieren und alle Entscheidungen überprüfbar zu machen. Jedoch äußert B1 die Vermutung, dass dadurch die sozialarbeiterische Tätigkeit teilweise verloren geht, da die bürokratischen Abläufe zudem stetig umfangreicher werden (vgl. Anhang IIb Z. 114-118). „Man muss da aufpassen, dass die Soziale Arbeit nicht von der Bürokratie sozusagen verdrängt wird.“ (Anhang IIb Z. 122f.). Als Beispiel können dabei die ständigen Änderungen der datenschutzrechtlichen Verordnungen dienen.

Anders als B1 verweist B2 bei dieser Frage wieder auf die Fragmentierung des Behandlungsprozesses. Dabei beschreibt die befragte Person, dass dadurch die Patient*innen auf die Krankheit die sie erleiden reduziert werden müssen, während der Behandlungsprozess optimiert wird (vgl. Anhang IIc Z. 185-188). „Der Patient ist sozusagen zu einem Wirtschaftsgut geworden“ (Anhang IIc Z. 188f.). Hierbei wird wieder ein mögliches Spannungsfeld zwischen der Ökonomisierung und der Sozialen Arbeit eröffnet. Denn nun stehen die Aufträge der unterschiedlichen Disziplinen im

Widerspruch. Die Ökonomie handelt mit Wirtschaftsgütern, die Soziale Arbeit hingegen arbeitet mit menschlichen Individuen.

Zudem erläutert die befragte Person, dass sich Krankenhäuser und Kliniken mittlerweile an einer Kundenbindung orientieren müssen. „[W]as jetzt natürlich dem präventiven Anteil der Sozialen Arbeit entgegenspricht“ (Anhang IIc Z. 190f.). Denn das Ziel ist nicht, dass die Patient*innen nach dem Krankenhausaufenthalt erneut erkranken. Diese Prozesse lassen sich jedoch nicht voneinander abgrenzen (vgl. Anhang IIc Z. 189-195). Auch daraus lässt sich ein Paradoxon im Bereich der Krankenhaussozialarbeit, nach dem Verständnis von Fritz Schütze (2021,) ableiten. Im Laufe der Bachelorthesis wurde bereits angemerkt, dass ein Krankenhaus Profit erwirtschaften muss, um sich halten zu können. Damit dies gesichert ist, benötigt es Kund*innen, in diesem Fall kranken Menschen. Die Soziale Arbeit soll jedoch in ihrem professionellen Handeln präventiv arbeiten.

Perspektivisch gesehen verursachen die Fragmentierung und die immer kürzere Verweildauer meist eine zu kurze Anamnese des Sozialdienstes. B2 sagt dazu: „[J]e kürzer die Liegezeit ist, umso kürzer ist auch der Einfluss von uns Sozialarbeitern auf die Patienten“ (Anhang IIc Z. 198f.). Dabei sieht die befragte Person das große Problem darin, dass sich der Trend dahin entwickelt immer mehr nach den Mindeststandards zu arbeiten und Entlassungen durchzuführen. „[D]as ist glaube ich ein großes Problem, dass wir nur noch nach Mindeststandards diese Dinge abarbeiten“ (Anhang IIc Z. 200f.). Dies ist vom Gesetzgeber und den Leitlinien vorgegeben, um die volle Finanzierung zu erhalten. In diesem Zusammenhang merkt die befragte Person aber an, dass „der Patient [...] schon noch im Ganzen gesehen [wird]“ (Anhang IIc Z. 208), beziehungsweise die Patient*innen von dem Personal des Krankenhauses trotzdem weiterhin als eigenständiges Individuum betrachtet werden und nicht beispielsweise als ertragreiche Operation (vgl. Anhang IIc Z. 203-208).

In der Literatur sieht Stefan Gaitanides (2000) das Hauptrisiko der Profession Soziale Arbeit darin, dass die Charakterisierung von sozialen Dienstleistungen vereinheitlicht wird. Diese Handlungsweise wurde aus der Ökonomie übernommen. Es stellt ein Problem dar, da sich die Qualität der Sozialen Arbeit eher anhand von zwischenmenschlichen Kompetenzen als an technisch rationalen Merkmalen orientiert. Somit können die Maßnahmen der Profession und Methoden zur Konfliktlösung nicht sinnvoll genormt werden ohne dass Potenziale verloren gehen (vgl. ebd. S. 128f.). Weiterhin wird beschrieben, dass der zunehmende Kostendruck sowie die eingesetzten Arbeitsweisen, um wirtschaftlichen Erfolg zu erzielen, eine Verschiebung des fachlichen Niveaus und der Qualität sozialer Dienstleistungen in den Hintergrund verursachen, wobei die finanziellen Aspekte ins Zentrum geraten. Diese Sparpolitik wirkt

sich vor allem auf die Klientel der Sozialen Arbeit aus. Denn wo zuvor der Hauptschwerpunkt vornehmlich auf der lebensweltlichen Unterstützung von hilfebedürftigen Menschen lag, wird nun vermehrt auf die Kosteneffizienz der Maßnahmen geachtet. Daraus folgt eine Vernachlässigung relevanter Problemgruppen, wodurch soziale Differenzen gesteigert werden (Seithe 2012, S. 348ff). Die beiden Autor*innen verdeutlichen in ihren Ausführungen nochmal die Spannungsfelder und Paradoxien zwischen den Disziplinen Soziale Arbeit und Ökonomie, die von den befragten Expert*innen bereits im Interview angesprochen und von der Forscherin herausgearbeitet wurden.

Es werden ebenfalls angewandte Maßnahmen einer aktivierenden Sozialpolitik kritisiert, die hauptsächlich einer Förderung der Autonomie der betreuten Personen dienen sollen. Jedoch beschreibt Ronald Lutz (2008), dass infolgedessen die bisher geleistete Unterstützung durch die Soziale Arbeit abnimmt und Aufgaben der Problembewältigung den Klient*innen selbst aufgebürdet werden (vgl. ebd. S. 6). Somit agiert die Profession nicht mehr primär unter dem Leitbild der Fürsorge sowie der bedingungslosen Förderung ihrer Klientel, sondern übt Druck auf diese aus und selektiert. Dies beschreibt B2 ebenfalls in ihren Ausführungen. „Jetzt haben Patienten einen höheren Nachsorgebedarf in der Selbstständigkeit“ (Anhang IIc Z. 86f.). Dabei trägt sie zunehmend zu einem gesellschaftlichen Ausschluss bei, anstatt zu integrieren (vgl. Seithe 2012, S. 351ff). Dass die Soziale Arbeit unter diesen Umständen eher exkludierend, anstatt inkludierend wirkt, stellt ebenfalls ein Paradoxon der Profession dar, das im Punkt 3 erklärt wurde.

Zudem ist in der Sozialen Arbeit immer mehr der Begriff Kund*in anzutreffen. Diesen bezeichnet Rolf Gloel (2002) als ethisch fragwürdig. Im wirtschaftlichen Marktgeschehen kaufen Kund*innen Dienstleistungen oder Sachgüter mit finanziellen Mitteln. Somit wird mit diesem Begriff eine Geldorientierung impliziert. Dabei ist der Dienstleistungsanbieter am Verkauf des Produktes sowie an einer Gewinnmaximierung interessiert, meist jedoch nicht an den Bedürfnissen der Kund*innen. Die Verknüpfung von Begrifflichkeiten wie „soziale Dienstleistungen“ und „Kunde*in“ anstatt „Klient*in“ verdeutlichen dabei, laut dem Autor, den negativen Einfluss der Ökonomisierung auf die Profession der Sozialen Arbeit (vgl. ebd. S. 46f.).

5.5 Auswertung Kategorie 5: Tripelmandat

Die fünfte Kategorie befasst sich mit dem Tripelmandat, mit dem die Sozialarbeiter*innen täglich konfrontiert werden und damit, ob die Ökonomisierung darauf ebenfalls Einfluss hat. Im ersten Interview wurden keine Angaben zu dieser Frage gemacht, da sie zu dem Zeitpunkt noch kein Bestandteil der Befragung war und erst

im Pretest festgestellt wurde, dass eine solche Fragestellung angemessen mit eingepflegt werden kann. Dabei ist die Kategorie die Einzige, die nur von einer Person beantwortet wird.

B2 beschreibt, dass das Thema Tripelmandat gerade in der Krankenhaussozialarbeit präsent ist. Trotzdem muss die befragte Person ihre Arbeit nicht ständig hinterfragen und an bestimmte Belange der Finanzierung anpassen, beziehungsweise einschränken, wie es in anderen Praxisfeldern der Sozialen Arbeit der Fall ist. „Insofern muss ich jetzt diese Kostensache für mich nicht ständig neu hinterfragen und meine Arbeit da einschränken“ (Anhang IIc Z. 225f.). Da, wie bereits in der zweiten Kategorie dargestellt, die Finanzierung im Bereich des Krankenhaussozialdienstes, durch die rechtliche Verankerung, gesichert ist. Der Kostenfaktor ist in diesem Zusammenhang also kein großes Problem (vgl. Anhang IIc Z. 216-227).

Andererseits besteht eine Herausforderung in der Thematik Tripelmandat darin, die eigene sozialarbeiterische Haltung in dieses System zu integrieren. „Das andere ist natürlich Fachlichkeit, also sozialarbeiterische Haltung in dieses System reinzubringen“ (Anhang IIc Z. 227f.). Gerade im Hinblick auf die Liegezeitproblematik, dem Wissen, dass nicht jede Versorgung gesichert ist, beziehungsweise ein erhöhter Aufwand in der Nachsorge notwendig ist, ist die eigene sozialarbeiterische Haltung essenziell. In diesem Zusammenhang betont B2 die Wichtigkeit dieses Vorgehens (vgl. Anhang IIc Z. 228-233). „[A]ber ich glaube auch und das ist auch wichtig, dass es uns hier im Haus gelungen ist mit sozialarbeiterischem Wissen und Gedanken darauf den Blick zu retten“ (Anhang IIc Z. 231ff).

Die befragte Person sieht das Tripelmandat nicht als Problem der Einrichtung, vielmehr beschreibt B2: „Wir haben durch unser Wissen und unsere Fachlichkeit viele Prozesse hier verbessert“ (Anhang IIc Z. 234f.), seitdem der Sozialdienst aus Sozialarbeiter*innen besteht. „Also zuvor war es so, dass hier eine Schwester den Sozialdienst gemacht hat, wo das noch nicht gesetzlich notwendig war“ (Anhang IIc Z. 235ff). Speziell wird beschrieben, dass hauptsächlich die Nachsorge sowie die damit verbundene Anamnese effektiver gestaltet wurde. „[D]as hat uns hier im Haus glaube ich schon einen guten Stellenwert eingebracht“ (Anhang IIc Z. 245f.). Dadurch kann der Sozialdienst in diesem Krankenhaus seine sozialarbeiterische Haltung komplett ausleben und wird von dem medizinischen Personal als vollwertiger Kooperationspartner in Bezug auf die Betreuung und Entlassung der Patient*innen wahrgenommen. Dabei vertrauen die Ärzt*innen auf den ganzheitlichen Blick der Sozialarbeiter*innen über den Prozess der Nachsorge. B2 betont in ihren Ausführungen zu dieser Frage mehrfach, dass das Tripelmandat spezifisch in dieser Einrichtung weniger ein Problem darstellt. „Also ich sehe es jetzt nicht als Problem, das Tripelmandat bei

uns im Haus“ (Anhang IIc Z. 233f.). Es wird eher der Vorteil in der Interdisziplinarität sowie Multiprofessionalität in der Institution Krankenhaus gesehen (vgl. Anhang IIc Z. 246-251).

Die Soziale Arbeit unterliegt dem Tripelmandat. Das bedeutet, dass sie als Profession und Disziplin drei Mandate seitens der Klient*innen; der Gesellschaft, beziehungsweise des Trägers und der eigenen Fachlichkeit oder Profession besitzt. Diese drei Teilmandate unterscheiden sich in ihrer Machtposition, Interessen sowie Forderungen und können sich bis auf die Unvereinbarkeit widersprechen. Dabei sind Konflikte in Bezug das Rollenverständnis, die Loyalität, die Handlungen und eigene Identität garantiert. Trotzdem ist der Umgang mit dieser sozialen Konstellation eines der Merkmale der Profession Soziale Arbeit. Ein differenzierter Blick auf das dritte Mandat ist dabei die Voraussetzung (vgl. Staub-Bernasconi 2018, S. 113f.). An dieser Stelle lässt sich wieder auf den Exkurs von Punkt 3 verweisen. Die Soziale Arbeit unterliegt einerseits den drei Teilmandaten, die komplett widersprüchliche Aufträge an die Sozialarbeiter*innen stellen können, zeichnet sich aber andererseits durch den Umgang mit damit aus. Dabei beeinflusst die Ökonomisierung hauptsächlich das Mandat seitens des Trägers, denn dieser verursacht den Kostendruck und ist für die Finanzierung verantwortlich. Wenn man dieses System auf die Institution des Krankenhauses bezieht, befinden sich die Sozialarbeiter*innen im Spagat zwischen der Leitung, den Klient*innen sowie der eigenen Fachlichkeit. Hierbei ist die Leitung stets an einer effizienten und effektiven Arbeit des Personals orientiert und bringt, wie bereits in den anderen Kategorien erörtert, zusätzlich den Faktor der Ökonomie in diese Konstellation hinein. Die Klient*innen möchten vom Sozialdienst, dass er die Nachsorge in der Häuslichkeit organisiert und die Sozialarbeiter*innen orientieren sich am Auftrag des professionellen Handelns. Diese Konstellation birgt ein gewisses Konfliktpotential.

5.6 Auswertung Kategorie 6: Persönlicher Umgang mit Thematik

Die sechste Kategorie umfasst das Thema des eigenen Umgangs der Expert*innen mit der Ökonomisierung. Dafür wurde in beiden Interviews nach Grenzfällen aus der eigenen Arbeit gefragt. Der Hintergrundgedanke der ursprünglichen Fragestellung bei dieser Kategorie zielt darauf ab, ob es in der Sozialen Arbeit im Krankenhaussetting Situationen gibt, wo die Ökonomisierung dem humanen Blickwinkel der Sozialen Arbeit im Weg steht.

B1 beschreibt in diesem Zusammenhang, dass dem Sozialdienst bei vielen rechtlichen Entscheidungen meist keine andere Wahl bleibt als diese zu akzeptieren.

„[W]ir haben ja auch die Richtlinien und letztendlich können wir wenig gegen Entscheidungen von Kostenträgern machen“ (Anhang IIb Z. 159f.). Dabei geht die befragte Person wieder auf das Beispiel der Rehabilitation ein. Wenn ein Kostenträger eine Entscheidung trifft, kann man Gegenmaßnahmen in die Wege leiten, jedoch ändern diese oft nichts an der Situation. Der Handlungsspielraum ist in solchen Fällen eher gering. Trotzdem wird versucht für die Rechte der Patient*innen einzutreten und somit die advokatische Aufgabe der Sozialen Arbeit gerecht zu werden. „[A]ber natürlich versuchen wir trotzdem für die Rechte des Patienten einzustehen und dafür auch ein Stück weit zu kämpfen und vielleicht auch ein Stück weit gegen die Ökonomisierung“ (Anhang IIb Z. 161ff). Damit verbunden wird im Hinblick auf den finanziellen Aspekt auch teilweise versucht gegen die Ökonomisierung zu arbeiten. B1 erläutert in diesem Zusammenhang, dass das Sozialdienstteam darauf achtet, dass die Tätigkeiten so effektiv und effizient wie möglich gestaltet werden, aber der sozialarbeiterische Blick auf die Klient*innen und deren Bedürfnisse im Vordergrund bleibt. „[Wir versuchen] effektiv zu arbeiten, effizient zu arbeiten, aber eben immer mit dem Blick auf die Soziale Arbeit“ (Anhang IIb Z. 164ff). Dabei beschreibt die befragte Person, dass wenn sie beispielsweise bei Patient*innen einen erhöhten Redebedarf bemerkt, sich die Zeit nimmt und gegebenenfalls die Anliegen an weitere unterstützend wirkende Professionen weiterleitet. Damit soll dem Faktor entgegengewirkt werden, dass die Ökonomisierung versucht die marktwirtschaftliche Orientierung und damit vor allem die Gewinnmaximierung vor das Individuum zu stellen (vgl. Anhang IIb Z. 166-170). Damit geht B1 auf die gleiche Beobachtung ein, wie Mechthild Seithe (2012) am Ende von Kategorie 4.

In Bezug auf die Grenzfälle im Krankenhaus erklärte B1, dass diese stets eine Herausforderung darstellen und sie selbst noch keinen erlebte. Sie beschreibt jedoch einen von ihrer Kollegin. Dabei geht es um einen schwerkranken Patienten ohne Krankenversicherung. Es kamen unterschiedliche Fragen auf, beispielsweise wer den Krankenhausaufenthalt bezahlt und wie es weitergehen soll. Letztendlich wurde der Sozialdienst kontaktiert und gefragt, ob die Person überhaupt behandelt werden kann. B1 erläutert ihr Entsetzen über diese Situation. „[W]ir fanden es eher krass, dass dann sozusagen der Sozialdienst da einbezogen und er da gefragt wurde, ob sie den Patienten weiterbehandeln können“ (Anhang IIb Z. 187ff). Dabei besteht die Wichtigkeit in der allgegenwertigen Präsenz der Berufsethik in diesen Grenzfällen. Zudem enthält dieses Beispiel die Tatsache, dass der Sozialdienst oft in Gegebenheiten involviert wird, für die sich nicht zuständig sind. Durch solche Situationen wird verdeutlicht, dass die Soziale Arbeit im Krankenhaussetting an bestimmte Grenzen gebunden ist. Man kann als Sozialarbeiter*in in einem gewissen Maße handeln und

unterstützen, was zum einen die Mitwirkung der Patient*innen bedarf und zum anderen nur ein auf den institutionellen Rahmen begrenztes Handlungsspektrum umfasst. Das bedeutet, dass sich die Soziale Arbeit im Krankenhaus auf die Aufenthaltsdauer der Klient*innen in der Einrichtung beschränkt (vgl. Anhang IIb Z. 200-209). B2 hat in Kategorie 3 ebenfalls beschrieben, dass je kürzer die Liegezeit ist, desto geringer ist dabei der Einfluss durch den Sozialdienst auf die Nachsorge. Zudem erklärt B1, dass es schwierig ist den Patient*innen verständlich zu machen, dass man nur in seinem begrenzten Rahmen handeln kann und der Rest in die Zuständigkeit der Klient*innen fällt (vgl. Anhang IIb Z. 206-209). An dieser Stelle lässt sich auf den Punkt 3.2 verweisen, wo Malu Dreyer (2013) ebenfalls darauf eingegangen ist, dass die Soziale Arbeit im Rahmen eines Doppelauftrages zwischen den Prinzipien der Hilfe und Kontrolle handelt.

B2 hingegen beschreibt, dass solche Grenzfälle in ihrer Einrichtung oft in Palliativsituationen auftreten. Da treffen die medizinische, juristische sowie sozialarbeiterische Ethik aufeinander und die Kostensituation ist dabei ebenfalls ein Bestandteil davon. „[Kann] eine Behandlung [...] gut abgerechnet werden oder nicht?“ (Anhang IIc Z. 264f.). In diesen Fällen, die umfangreiche Diskussionen beinhalten, nimmt der Sozialdienst, beziehungsweise die befragte Person ebenfalls seine advokatische Position ein und bringt den Ärzt*innen die Lebenswelt der Klient*innen näher. Dabei wird die Palliativsituation erklärt sowie auf die Wünsche der Patient*innen und deren Angehörigen eingegangen. Das Ziel ist es, dass die Ärzt*innen die Situation mit einem anderen Fokus betrachten, um dann gegebenenfalls gemeinsam nach einer Lösung zu suchen (vgl. Anhang IIc Z. 265-270). Die befragte Person beschreibt ihre Arbeit als effektive Vorgehensweise. „Das kann ich sehr effektiv machen“ (Anhang IIc Z. 270f.). Im normalen Alltag dagegen reicht die Zeit meist nicht für komplexe Diskussionen aufgrund der geringen Verweildauer der Patient*innen (vgl. Anhang IIc Z. 271-274). Dieser Umstand eröffnet ebenfalls ein mögliches Spannungsfeld der Krankenhaussozialarbeit, das durch die Ökonomisierung verursacht wird. Aufgrund der geringen Aufenthaltsdauer der Klient*innen reicht gegebenenfalls die Zeit nicht aus, um eine umfangreiche Anamnese zu gewährleisten. Unter diesen Umständen könnte es möglicherweise schwieriger werden, die Problemsituation der Patient*innen gesamtheitlich zu eruieren.

Um diesem Umstand entgegenzuwirken, beschreibt B2, dass die Basis der Kooperation zwischen den verschiedenen Parteien, die an dem Versorgungshandeln beteiligt sind, vor allem eine gemeinsame und gute Kommunikation darstellt. „[U]nser Punkt ist eigentlich Kommunikation, Kommunikation, Kommunikation“ (Anhang IIc Z. 276f.). Die befragte Person betont dies als Schlüsselkompetenz für eine

angemessene Zusammenarbeit. Zudem beschreibt B2, dass sie im Umgang mit der Ökonomisierung versuchen den Patient*innen den Blickwinkel der Ärzt*innen näher zu bringen. Dabei wird die medizinische Situation in verständlicher Sprache erklärt und auf die Vorhaben dieser eingegangen. „[A]lso schon fast ein mediativer Ansatz“ (Anhang IIc Z. 278f.). Umgekehrt wird ebenfalls im Alltag mit dem medizinischen Personal über die Lebenswelt der Klient*innen, deren Wünsche und die Hintergründe besprochen, warum eine Person beispielsweise einen Tag länger im Krankenhaus benötigt. „Also wir kommunizieren die Sichtweisen der anderen und dadurch können wir auch diese verschiedenen Positionen, die wir auch führen, machen“ (Anhang IIc 282ff). B2 fasst dies wie folgt zusammen: „Das macht hier im Haus unsere sozialarbeiterische Haltung aus, die leben wir damit auch aus“ (Anhang IIc Z. 284f.). Außerdem wird nochmals betont, dass sich der geringe Kostendruck, der von der Leitung ausgeht, positiv auf die tägliche Arbeit des Sozialdienstes auswirkt. Entgegen den marktwirtschaftlichen Managementgedanken verstehen sich die verschiedenen Bereiche in der Einrichtung dabei gemeinsam als Gesundheitswesen (vgl. Anhang IIc Z. 285-294).

In der Literatur beschreibt Alexander Dietz (2011), dass dabei definiert werden muss in welchen Bereichen ökonomische Zielsetzungen verfolgt werden sollen und in welchen Situationen andere Ziele mithilfe von ökonomischen Mitteln Umsetzung finden (vgl. ebd. S. 263). Wie bereits in den Ausführungen der Expert*innen dargestellt wurde, kann es jedoch in solchen Grenzfällen ebenfalls hilfreich sein sich an den ethischen Standards und Grundsätzen, wie etwa von der DBSH, zu orientieren. Denn die Ethik in der Sozialen Arbeit zielt meist auf die Praxis ab. Dabei verlangt das berufliche Handeln in herausfordernden Entscheidungssituationen eine ethische Absicherung sowie ein fachlich fundiertes Vorgehen (vgl. DBSH 2014, S. 12). Außerdem stehen die wissenschaftlichen Disziplinen der Sozialen Arbeit, der Ethik sowie der Ökonomik miteinander in einem wechselseitigen Beziehungsdreieck. Der gegenseitige Einfluss ist hierbei von Ambivalenzen und Interpretationsproblemen geprägt. Aus dem Spannungsfeld zwischen den Professionen ergeben sich unterschiedliche Herausforderungen (vgl. Kubon-Gilke 2017, S. 139f.).

5.7 Auswertung Kategorie 7: Ähnliche Einrichtungen

Die siebte und damit vorletzte Kategorie der Materialanalyse stellt einen Exkurs dar. Dabei wird auf die Situation in anderen Institutionen wie beispielsweise ambulanten Pflegediensten, Krankenkassen oder Krankenhäuser, beziehungsweise

Kliniken eingegangen, um einen Vergleich zu erhalten und parallel eine Wissensbasis für die letzte Kategorie zu schaffen.

B1 berichtet von Erfahrungen mit Krankenkassen und Rehabilitationskliniken. Dabei stellt die befragte Person die Mutmaßung auf, dass bei der Bewilligung von verschiedenen Anträgen bei den Krankenkassen oft eine gewisse Willkür herrscht. „Mehr Einblick habe ich dann eher so in die Krankenkassen, dass oftmals aus für uns unerklärlichen Gründen, zum Beispiel Rehabilitationen abgelehnt werden, [dass] einfach willkürlich Sachen abgelehnt werden, um dahingehend einfach auch Geld zu sparen“ (Anhang IIb Z. 58-63). Da sie zudem hauptsächlich als Kostenträger agieren lässt sich vermuten, dass dies eine Maßnahme zur Kosteneinsparung darstellt, die sich an der Sparpolitik orientiert. Weiterhin müssen sich die Rehabilitationskliniken ebenfalls an den Kostenträgern orientieren und sind von der Entscheidung dieser abhängig. Damit die Patient*innen eine Rehabilitation oder eine andere Maßnahme der Nachsorge in Anspruch nehmen können, müssen die Kosten natürlich stets gedeckt sein. Dabei setzen sich die Kliniken selbstständig mit den Krankenkassen in Verbindung (vgl. Anhang IIb Z. 64-69).

B2 geht dabei in ihren Ausführungen auf die Tatsache ein, dass die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit sowie die neoliberalen Wirtschaftsgedanken vom Gesundheitssystem und Sozialen Diensten einfach so übernommen wurde und beleuchtet dies kritisch. „Das erste ist erstmal, was so ein bisschen nachdenklich macht ist, dass es einfach übernommen wurden ist“ (Anhang IIc Z. 118f.). Beispielsweise sind gerade die ambulanten Pflegedienste von Anfang marktwirtschaftlich orientiert. „Das waren die ersten die sozusagen die Sozialwirtschaft von Wohlfahrtsverbänden dann dort abgelöst haben, dass dort nicht die Wohlfahrtspflege an sich steht, sondern wirklich marktwirtschaftliche Prinzipien arbeiten“ (Anhang IIc Z. 123-126). B2 beschreibt, dass sie diesen Standard der ambulanten Pflegedienste bei der Anmeldung von Hilfebedürfnissen stets beachtet. Natürlich werden die Patient*innen als menschliches Individuum mit ihren Bedürfnissen gesehen. Jedoch ist seitens der Pflegedienste dabei immer der Aspekt vordergründig, dass nur das geleistet wird, was auch abgerechnet werden kann. „Da ist natürlich die nächste Frage was kann ich damit abrechnen? Das ist automatisch, also das läuft parallel ab“ (Anhang IIc Z. 128f.). Zudem teilt die befragte Person die Erfahrung, dass Vielen nicht bewusst ist, dass solche ökonomischen Prozesse mittlerweile im Gesundheitswesen allgegenwärtig sind. „Das ist gar nicht so bewusst, dass das ökonomische Prozesse sind“ (Anhang IIc Z. 132).

In Bezug auf die Krankenkassen ist diese Situation ähnlich. Sie besitzen einerseits als SGB-Träger im Sozialgesetzbuch klar geregelte Aufgaben der Wohlfahrts- und Daseinsfürsorge. Andererseits stellen sie sich als Wirtschaftskostenträger

dar, um Kosten zu minimieren und wie ein Privatversicherer zu agieren, indem Angaben oft hinterfragt und Anträge abgelehnt werden (vgl. Anhang IIc Z. 133-139). Dies wurde bereits von B1 in der Kategorie angesprochen. „[D]ass oftmals aus für uns unerklärlichen Gründen, zum Beispiel Rehabilitationen abgelehnt werden [...], um dahingehend einfach auch Geld zu sparen“ (Anhang IIb Z. 59-63). B2 kritisiert dabei, dass diese Prozesse bereits als gewöhnlich angesehen werden und appelliert in diesem Zusammenhang Achtsamkeit gegenüber dem Verlauf zu entwickeln (vgl. Anhang IIc Z. 139-142). „Wir haben uns das schon sehr angewöhnt mit diesen Dingen zu leben“ (Anhang IIc Z. 141f.).

Auch in anderen Kliniken, beziehungsweise Krankenhäusern ist die Situation eine Ähnliche. Infolge der Ökonomisierung wurden in vielen Einrichtungen Abteilungen für das Qualitätsmanagement eingeführt. Diese sollen die Arbeitsqualität des Personals kontrollieren und sicherstellen. Dabei wurden, wie bereits in der zweiten Kategorie erwähnt, Leitlinien geschaffen, die Mindeststandards festlegen (vgl. Anhang IIc Z. 142-146). B2 beschreibt dies als wichtigen Prozess, jedoch verleiten diese Mindestanforderungen dazu darüber hinaus keine Weitsicht zu entwickeln. „Mindeststandards und Leitlinien, die sind wichtig als Rahmen, aber sie verführen auch dazu, dass man nicht mehr darüber hinweg schaut“ (Anhang IIc Z. 145ff). Zusammenfassend betont die befragte Person die Erfahrung der Normalisierung dieser Entwicklung. „Also die hauptsächliche Erfahrung ist, dass es sich eigentlich schon normalisiert hat“ (Anhang IIc Z. 147f.).

Es folgt ein weiterer Exkurs, um das Finanzierungssystem der Pflege kurz zu erklären und somit die Ausführung von B2 fachlich fundiert zu ergänzen. In der Literatur wird in Bezug auf die ambulanten Pflegedienste das Problem kritisiert, dass die Leistungen einer bedarfsdeckenden Pflege teilweise in die Zuständigkeit von freien Marktkräften überlassen wurde und von deren Finanzierungsbedingungen abhängig ist. Diese unterscheiden sich deutlich in ihren zentralen Punkten zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung. Dabei ist die Finanzierung der ambulanten Pflegedienste von drei wesentlichen Quellen abhängig, der Krankenversicherung im SGB V, der Pflegeversicherung SGB XI und der Hilfe zur Pflege im SGB XII. Diese sind an unterschiedliche Begriffe, Voraussetzungen und Verfahren gebunden. Zudem unterscheiden sich die Leistungen der häuslichen Pflege, der häuslichen Krankenpflege, der häuslichen Pflegehilfe und der Haushaltshilfe. Im Folgenden findet sich der Rahmen zur Vorstellung der beiden Hauptsponsoren des ambulanten Pflegedienstes. Die Pflegeversicherung stellt dabei die größte Einnahmequelle dar. Diese finanziert pflegerische Leistungen für Hilfsbedürftige, die sowohl von professionellen Fachkräften durchgeführt werden können als auch von

Angehörigen. Die Voraussetzung dafür ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit der Klient*innen, die dort ebenfalls gesetzlich geregelt ist. Im Rahmen des Krankenversicherungsrechts sind Leistungen der häuslichen Krankenpflege definiert. Sie umfassen Maßnahmen der Krankenhausvermeidungspflege⁹ sowie der Sicherungspflege¹⁰. Voraussetzung für die Kostenerstattung durch die Krankenkasse ist in beiden Leistungsarten eine ärztliche Anordnung zur Notwendigkeit der Handlungen. Zudem müssen Leistungen der Krankenhausvermeidungspflege zeitlich auf vier Wochen beschränkt werden (vgl. Slotala 2011, S. 17-40). Aus diesem Finanzierungssystem lässt sich erkennen, dass der ambulante Pflegedienst als soziale Dienstleistung, nach dem Verständnis von Heiko Kleve (2012) das in Punkt 3.2 beschrieben wurde, sich im Gegensatz zum Krankenhaussozialdienst eher im Rahmen des selbstkonstruktiven Helfens bewegt.

5.8 Auswertung Kategorie 8: Veränderungen durch die Pandemie

Die letzte Kategorie der Analyse im Rahmen dieser Forschung umfasst die persönlichen Erfahrungen der Expert*innen in Bezug auf die Veränderungen durch die momentane Pandemie. Dabei werden sowohl die generellen Änderungen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus beleuchtet als auch im Rahmen der Ökonomisierung. Aufgrund der Aktualität dieser Thematik existiert dahingehend kaum wissenschaftliche Literatur. Deswegen erfolgt in dieser Kategorie kein Vergleich damit.

B1 beschreibt, dass aufgrund von COVID-19 ein Ausnahmezustand in der alltäglichen Arbeit herrscht. „[I]n Zeiten von Corona haben wir selbst schon gesagt, das was wir hier eigentlich gerade machen hat wenig mit Sozialer Arbeit zu tun“ (Anhang IIb Z. 141ff). Beispielsweise mussten ganze Stationen geschlossen werden, um die Betten für Coronapatient*innen freizuhalten und genügend Kapazität bieten zu können (vgl. Anhang IIb Z. 217-220). Es wurden sogar einige rechtliche Faktoren außer Kraft gesetzt, um die herausfordernde Situation besser bewältigen zu können. Deswegen durften die Sozialarbeiter*innen beispielsweise im Namen der Klient*innen, unter Beachtung deren Zustimmung, Anträge unterzeichnen. „Da viele, sagen wir mal Rechte außer Kraft gesetzt wurden, eben wie zum Beispiel, dass wir als Sozialdienst für die Patienten Anträge unterschreiben dürfen“ (Anhang IIb Z. 220ff). Zudem wurden die Aufnahmetermine der Rehabilitationskliniken in die Zukunft verschoben. Daraus ergab sich jedoch für den Sozialdienst eine entspanntere Zusammenarbeit

⁹ Leistungen zur Verkürzung, beziehungsweise Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, beispielsweise hauswirtschaftliche Versorgung oder Medikamentengabe (vgl. Slotala 2011, S. 40)

¹⁰ Umfasst meist Leistungen der ärztlichen Behandlungspflege in der Häuslichkeit, beispielsweise Verbandswechsel oder Insulininjektionen (vgl. ebd. S. 40)

mit den Kostenträgern, da deswegen die Kostenzusagen für positiv getestete Patient*innen ebenfalls verlängert wurden (vgl. Anhang IIb Z. 222f.).

Die befragte Person erzählte von der Angst das Virus weiter zu verbreiten, gerade bei onkologischen, beziehungsweise Palliativfällen, die bereits mit einem schwachen Immunsystem kämpfen. „Wir waren auch oft bei Patienten die negativ waren und am nächsten Tag positiv getestet [wurden]“ (Anhang IIb Z. 228f.). Dabei bestand ebenfalls die Herausforderung zwischen dem Patient*innenkontakt und dem eigenen Selbstschutz abzuwägen. Der Kontakt zu den Klient*innen sollte weitestgehend vermieden werden und das Entlassmanagement wurde mithilfe der Angehörigenarbeit umgesetzt (vgl. Anhang IIb Z. 143-149). Die befragte Person beschreibt, dass die Soziale Arbeit gerade in solchen Situationen einen hohen Stellenwert hätte, diese jedoch ein teilweise übergangen werden muss aufgrund des Selbstschutzes. „Man möchte sich selbst zwar auch schützen, aber gerade in solchen Situationen, wo Soziale Arbeit vielleicht auch eigentlich einen besonderen Stellenwert hätte, das wird da vergessen irgendwie oder so ein bisschen unterdrückt einfach, weil es aber eben auch nicht anders geht“ (Anhang IIb Z. 148-152). Trotzdem wurde seitens des Sozialdienstes versucht so viele Gespräche wie möglich mit den Patient*innen selbst zu führen, um weiterhin eine bedürfnisorientierte Arbeit zu sichern. „[A]ber wir versuchen trotzdem, natürlich mit Bedacht darauf uns selbst zu schützen, so viel Kontakt mit dem Patienten wie möglich zu haben, um dort überhaupt bedürfnisorientiert handeln zu können“ (Anhang IIb Z. 229ff). Der Redebedarf der positiv getesteten Klient*innen erhöhte sich noch weiter, da die Einsamkeit durch die Isolation gesteigert wurde. Die Besuchsregelung war in dieser Zeit ausgesetzt und wurde ausschließlich für Palliativfälle angepasst. „Es darf kein Besuch kommen und gerade bei schwerstkranken Patienten werden manchmal Ausnahmen gemacht, aber auch nicht immer“ (Anhang IIb Z. 238f.). Dies erschwerte die Situation weiterhin für alle Beteiligten und es ergab sich daraus ein großes Spannungsfeld für die Soziale Arbeit. Außerdem lastete sowohl auf den Ärzt*innen als auch auf dem Sozialdienst ein stark erhöhter Entlassungsdruck, um die Kapazitäten für eine mögliche neue Welle zu garantieren (vgl. Anhang IIb Z. 239-243).

B2 beschreibt in ihren Ausführungen ähnliche Erfahrungen. Die Pandemie verursachte auch in dieser Einrichtung starke Veränderungen, wobei die Ökonomisierung an sich nicht das zentrale Thema darstellte, sondern eher die wechselnden Ressourcen außerhalb der Institution. „Die Situation hat sich extrem verändert, aber da ist glaube ich gar nicht der Punkt der Ökonomisierung das zentrale Thema, sondern es ist das System der Ressourcen, die draußen stark wechseln“ (Anhang IIc Z. 305ff). Zudem wurde sowohl die Anamnese als auch die gesamte Nachsorge durch

die fehlende Angehörigenarbeit in Präsenz erschwert. Es war nicht mehr möglich gemeinsam mit den Klient*innen und deren Angehörigen einen Konsens zu finden. „[E]in großer Nachteil für uns als Sozialarbeiter ist die fehlende Angehörigenarbeit, also dass die Angehörigen nicht vor Ort sind und dass wir sozusagen dieses Gespräch am Patientenbett zwischen Angehörigen und Patient und uns sozusagen da den Konsens zu finden in der Nachsorge nicht führen können“ (Anhang IIc Z. 307-311). Dies musste alles über andere Wege, meist telefonisch, vermittelt werden (vgl. Anhang IIc Z. 310ff). „[D]as erschwert unsere Anamnese und macht die gesamte Arbeit auch sehr schwer, da wirklich eine gute Nachsorge zu organisieren. Das ist ein Problem“ (Anhang IIc Z. 312ff).

Die befragte Person sieht zudem die verschiedenen Phasen der Pandemie als weiteres Problem. „[E]s gibt exzessive Phasen, es gibt Phasen mit hohen Inzidenzzahlen, Phasen wo wir hier im Krankenhaus aus den Nähten geplatzt sind mit Patienten, weil sozusagen der Verschiebebahnhof das Krankenhaus war“ (Anhang IIc Z. 315-318). Dabei kam es zu enormen Problemen bei den Entlassungen, da die Angehörigen die positiv getesteten, jedoch oft symptomfreien Personen nicht zurück in die Häuslichkeit aufnehmen wollten oder konnten (vgl. Anhang IIc Z. 318ff). Jedoch verfolgt das Krankenhaus das Prinzip, dass kranke Patient*innen behandelt werden und nicht, wie es B2 erklärt, „geparkt“ werden dürfen. „[D]as Krankenhaus [hat] immer wieder den klaren Punkt [...] es darf nur kranke Leute behandeln, also behandeln nicht parken“ (Anhang IIc Z. 320ff).

Zudem war die Organisation einer Nachsorge für Coronaerkrankte fast unmöglich, da alle weiteren Einrichtungen wie beispielsweise Kurzzeitpflegen, Rehabilitationseinrichtungen oder auch ambulante Pflegedienste die Aufnahme regelrecht verweigerten. Gleichzeitig stiegen jedoch ebenfalls die Fallzahlen der Mitarbeiter*innen und führte zusätzlich zu einem erhöhten Fachkräftemangel. Die Ressourcen wurden sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch extern immer geringer (vgl. Anhang IIc Z. 323-328). „[D]as war eine sehr, sehr schwierige Zeit und eine belastende Zeit“ (Anhang IIc Z. 328f.). Diese Probleme waren vor allem im Dezember 2020 äußerst präsent und wurden hauptsächlich durch eine enorme psychische Belastung für alle Parteien geprägt (vgl. Anhang IIc Z. 322-331).

Im März 2021 änderte sich die Situation radikal trotz erneut steigender Inzidenzzahlen. Dabei ist die Belastungssituation in der Einrichtung nicht mehr so hoch wie zuvor und die meisten Mitarbeiter*innen waren wieder genesen (vgl. Anhang IIc Z. 331-334). B2 erläutert, dass aufgrund des Virus vor allem in Pflegeheimen tragischerweise viele Menschen verstarben. Dadurch hatten diese Einrichtungen Probleme ihre eigenen Betten zu belegen. Aufgrund dessen erhielt das Krankenhaus

permanent Anfragen zur Übernahme von Patient*innen. Der ökonomische Druck verschob sich dabei vom Krankenhaus nun auf andere Institutionen (vgl. Anhang IIc Z. 334-337). „[S]o wechselt das Spiel, das ist wirklich eine große wechselhafte Situation“ (Anhang IIc Z. 340f.). Die Pandemiesituation ist ein dynamischer Prozess. Für die Soziale Arbeit im Krankenhaus bedeutete das eine Entspannung bei der Organisation der Nachsorge (vgl. Anhang IIc Z. 338-341).

Jedoch bestand der Alltag des Sozialdienstes oft aus seelsorgerischer Arbeit für Klient*innen und deren Angehörige, da auch die Trauerarbeit wegfiel. Daraus ergab sich ein enormer Anstieg der Telefonzeiten (vgl. Anhang IIc Z. 341-344). Dabei beschreibt B2 eine ähnliche Situation wie B1, dass die Besuchszeiten für onkologische Patient*innen angepasst wurde jedoch nicht für Personen auf der Coronastation. Dabei stellte eine erfolgreiche Soziale Arbeit eher eine Herausforderung dar. „Für onkologische Patienten gibt es da schon Besuchsregelungen mit Ausnahmen, aber wie gesagt dort wirklich zielführend zu arbeiten ist sehr, sehr schwierig“ (Anhang IIc Z. 346ff).

Andererseits erklärte B2, dass sich in Bezug auf die Ökonomisierung in dieser Zeit die Soziale Arbeit nicht großartig änderte. „[I]ch kann nicht sagen, dass wir jetzt große Veränderungen hatten“ (Anhang IIc Z. 364). In der Einrichtung wurden, anders als in anderen Krankenhäusern, weiterhin Operationen durchgeführt. Es kam lediglich zu einer weiteren Verkürzung der Liegezeit von zwölf auf sieben Tage bei orthopädischen OPs, aufgrund geringerer Kapazitäten durch die Coronabetten sowie einer erhöhten Nachfrage für die Operationen. Für den Sozialdienst stieg dabei der Druck für diese Patient*innen einen Rehabilitationsplatz zu organisieren, was aber aus den bereits aufgeführten Gründen kein großes Problem darstellte. „Das bedeutete, dass wir viel schneller mit der Rehabilitation arbeiten mussten, aber da wiederum die Ressource hatten, dass wir eines der wenigen Krankenhäuser waren, die operiert haben. Insofern hatten die Rehabilitationskliniken alle Kapazitäten“ (Anhang IIc Z. 369-372).

Zusammenfassend beschreibt B2, dass diese Situation äußerst ambivalent war und immer noch ist, es jedoch nicht alles pauschal negativ war. „Es gibt da wie gesagt Ressourcen und Stressoren und wir bewegen uns da in der Ebene dazwischen“ (Anhang IIc Z. 373f.).

6 Fazit

Im Rahmen dieser Bachelorthesis wurde die Problematik der Ökonomisierung in der Profession Soziale Arbeit und spezifisch in Bezug auf das Arbeitsfeld der Krankenhaussozialarbeit empirisch erforscht. Dabei sollte eine intensive Literaturrecherche die erhobenen und ausgewerteten Daten fachlich fundiert ergänzen. Es wurde untersucht, inwieweit die Ökonomisierung sich auf die Profession auswirkt und deren Kernaufgaben sowie -identitäten beeinflusst.

Eine kritische Betrachtung dieser Thematik ermöglicht es folgende Schlussfolgerung zu ziehen. Der Einfluss der Wirtschaftsgedanken auf die Soziale Arbeit im Allgemeinen ist sehr hoch. Dies führt zu einem Paradigmenwechsel sowie einer Perspektiverweiterung der Profession. Die Betroffenheit des Gesundheitswesens steht in diesem Zusammenhang außer Frage. In der fachlichen Literatur sprechen Kritiker gegenüber der Thematik oft von einer Ökonomisierungsfalle, in die die Soziale Arbeit geraten ist und keinen Ausweg findet. Dabei wird kritisiert, dass die Ökonomisierung zu einer Änderung fachlicher Standards führt und dies mit dem eigentlichen Auftrag der Sozialen Arbeit kollidiert. Zudem wird die Ökonomisierung mit der Deprofessionalisierung und deren Prekarisierung der Profession in Verbindung gebracht. Beispielsweise spricht Mechtild Seithe (2012), wie bereits in der vierten Kategorie von Punkt 5 beschrieben, in diesem Zusammenhang von einer Verschiebung des fachlichen Niveaus und Qualität in den Hintergrund, wobei der finanzielle Aspekt in das Zentrum gerät. Problematisch ist dabei, dass dies enorme Auswirkungen auf die Klientel der Profession hat und durch die Vernachlässigung relevanter Problemgruppen die sozialen Differenzen gesteigert werden.

In Bezug auf das Arbeitsfeld der Krankenhaussozialarbeit konnte herausgefunden werden, dass hauptsächlich die Profitorientierung mit ihren negativen Folgen problematisch für die Sozialarbeiter*innen ist. Beispielsweise führen die sich stetig verkürzenden Liegezeiten aufgrund des DRG-Systems zu einem steigenden Druck das Entlassmanagement umzusetzen und eine für die Patient*innen angemessene Nachsorge zu organisieren. Außerdem beschrieben die Expert*innen, dass dadurch der Umstand der blutigen Entlassung hervorgerufen wurde, der wohl eine der negativsten Folgen der Ökonomisierung darstellt. Auch die Einsparungsmaßnahmen der Kostenträger wirken sich erschwerend auf die Arbeit des Sozialdienstes aus. Denn es wurde in Punkt 5 in den Interviews von den Expert*innen beschrieben, dass Angaben auf Anträgen mehrfach hinterfragt werden und die Vermutung besteht, dass die Bewilligung dieser von einer gewissen Willkür begleitet wird. Jedoch ist das, um es nochmal zu betonen, nur eine Mutmaßung.

Trotzdem besitzt die Ökonomisierung und die damit einhergehende Profitorientierung nicht ausschließlich negative Auswirkungen auf die Soziale Arbeit. Von den Kritikern wird oft vergessen, dass das Ziel der Ökonomisierung nicht die Dehumanisierung der Profession durch betriebswirtschaftliche Prinzipien ist, sondern auf einer anderen Ebene liegt. Dies erschließt sich eher aus der Förderung der Rationalität, Effizienz und Effektivität der Profession, ohne dass in deren Auftrag interveniert wird. Wie im Laufe der Arbeit beschrieben wurde, diente die Einführung der wirtschaftlichen Prinzipien einer Regulierung der explodierenden Kosten, vor allem im Sektor des Gesundheitswesens. Dies ist seit dem Paradigmenwechsel auch gelungen. Dabei wirken sich positive Effekte auf die Krankenhaussozialarbeit aus. Durch die neu eingeführten Methodiken, wie beispielsweise die in den Interviews angesprochene SMART-Methode, steigert sich die tägliche Arbeit des Sozialdienstes in ihrer Effektivität und Effizienz. Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass dies nicht auf Kosten der Klient*innen passiert.

Als weiterer beeinflussender Faktor gilt die momentane pandemische Lage weltweit. Diese führte zu einer Ausnahmesituation nicht nur in Institutionen des Gesundheitswesens. Von den Expert*innen wurde beschrieben, dass die Pandemie einen dynamischen Prozess darstellt, der von einem enormen ökonomischen Druck begleitet wird. Dieser herrschte eine Zeit lang in den Einrichtungen der Expert*innen, wechselte dann aber in andere Institutionen und führte zu einer Entspannung in den Krankenhäusern, beziehungsweise Kliniken. Zudem verschärfte sich durch die Pandemie der hohe Entlassungsdruck, der auf den Sozialarbeiter*innen lastete, da die Verweildauer nach orthopädischen Operationen vorübergehend weiter verkürzt wurde, um genug Kapazitäten und freie Betten für eine erneute Welle zu sichern.

Weiterhin wurde in der Zusammenfassung der Analyseergebnisse herausgearbeitet, dass die Soziale Arbeit dem Tripelmandat unterliegt. Die damit verbundene Dreieckskonstellation zwischen dem Träger, den Klient*innen sowie der Profession beinhaltet ein gewisses Konfliktpotenzial. Seitens der Träger wurde der Faktor der Ökonomisierung in diese Zusammenstellung hineingebracht. Daraus können Spannungsfelder und Paradoxien nach dem Verständnis von Fritz Schütze (2021), auf die im Punkt 3 ausführlich eingegangen wurde, für die Sozialarbeiter*innen entstehen. Die Expert*innen haben in den Interviews einige angesprochen, die im Folgenden nochmal beispielhaft aufgeführt werden. Die Ökonomie handelt mit Wirtschaftsgütern, hingegen arbeitet die Soziale Arbeit mit Menschen, somit müssen die Personen in gewisser Weise als wirtschaftliches Gut betrachtet werden, damit das Krankenhaus Geld erwirtschaften kann. Zumindest müssen sie sich an einer Kundenbindung orientieren, jedoch widerspricht das dem präventiven Ansatz der Sozialen Arbeit. Durch die gesetzliche Einführung des Entlassmanagements wurden Kriterien festgelegt, die den Bereich des Sozialdienstes in einem

Krankenhaus vorschreibt und gleichzeitig vereinheitlich. Dadurch wurde eine gewisse professionelle Qualität geschaffen. Zusätzlich steigerte sich jedoch ebenfalls der bürokratische Aufwand für die Sozialarbeiter*innen. Beispielsweise kam ein Fragebogen für die Anamnese hinzu, um den Hilfebedarf der Patient*innen zu eruieren. Jedoch passiert dies nur innerhalb des Problembewusstseins dieses Ausfüllbogens. Die Profession der Sozialen Arbeit hingegen verlangt eine ganzheitliche Betrachtung der Lebenswelt von den Klient*innen. Dies steht miteinander im Widerspruch. Außerdem besteht die Gefahr aufgrund der Fragmentierung der Arbeitsprozesse, die ebenfalls eine Folge der Ökonomisierung des Gesundheitswesens darstellt, dass dieser ganzheitliche Blick verloren geht.

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf die Forschungsfrage erörtern, dass von den Expert*innen, die im Interview befragt wurden und der Fachliteratur ein hoher Einfluss von der Ökonomisierung auf die Soziale Arbeit beschrieben wird. Dieser wirkt sich sowohl positiv als auch negativ auf das Arbeitsfeld der Krankenhaussozialarbeit aus. Auch die Pandemie durch COVID-19 spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle, obwohl in dem Faktor die Ökonomisierung nicht das zentrale Thema darstellt. Der damit einhergehende ökonomische Druck kann sich erschwerend auf die Arbeit der Sozialarbeiter*innen im Krankenhaussetting auswirken, bringt jedoch durch seine Dynamik ebenfalls positive Effekte mit sich. Dabei ist der Umgang mit dieser Situation in den Einrichtungen individuell. Die Expert*innen beschreiben jedoch in den Interviews, dass in diesem Rahmen hauptsächlich darauf geachtet wird weiterhin für die Bedürfnisse der Patient*innen einzustehen und es dabei das Ziel ist, mithilfe von Kommunikation, mit allen beteiligten Parteien Lösungen für deren Problemlagen zu finden.

Um einen Ausblick zu geben, lässt sich die These aufstellen, dass das ökonomische Denken auf die Soziale Arbeit einen positiven Einfluss ausübt, wenn deren Ökonomisierung wohlverstanden und durchdacht gestaltet wird. Dabei muss auf die primären Aufgaben und Werte der Profession geachtet und Entscheidungen rational getroffen werden, um die Effizienz sowie Effektivität der Arbeit zu verbessern. Zudem ist die Herausbildung einer sozialarbeiterischen Haltung dafür essenziell. Es muss seitens der Sozialarbeiter*innen über die festgelegten Mindeststandards hinaus gearbeitet sowie die Bedürfnisse der Patient*innen in den Fokus gestellt werden, um der von Mechthild Seithe (2012) angesprochenen Verschiebung der Professionsschwerpunkte entgegenzuwirken. Dann kann die Ökonomisierung auch zu einer weiteren Professionalisierung und Modernisierung der Sozialen Arbeit beitragen.

Anhang

I Interviewleitfaden

II Transkription

IIa Vereinfachtes Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2015)

IIb Transkript I1

IIc Transkript I2

III Materialanalyse

IIIa Definition der Kategorien

IIIb Kategorisierung Tabelle I1

IIIc Kategorisierung Tabelle I2

Interviewleitfaden

Einführung:

- Inwieweit ist Ihre Einrichtung generell von der Ökonomisierung betroffen?
→ Definition: Ausbreitung d. Marktes, bzw. deren wirtschaftlicher, ökonomischer Prinzipien in Bereichen, wo diese Überlegungen in Vergangenheit eine eher untergeordnete Rolle spielte

Hauptteil:

- Welche Faktoren spielen Ihrer Meinung nach, in Bezug auf die Ökonomisierung, eine Rolle?
- Inwieweit beeinflussen wirtschaftliche Faktoren die Soziale Arbeit in der Institution, bzw. Ihren Arbeitsalltag?

S.A. = multiprofessionell → Schnittstellenarbeit mit unterschiedlichen Kooperationspartner*innen:

- Haben Sie Erfahrungen, wie dieses Thema in anderen Einrichtungen (z.B. Rehaeinrichtung, ambulante Dienste, andere Krankenhäuser...) gehandhabt wird?

→ Gespräch mit Rehaeinrichtung in Praktikum: manche Patient*innen kommen schon mit einer nicht abgeschlossenen Wundheilung/Nähten in die Einrichtung + sind die erste Woche nicht im Stande Reha zu nutzen
- Welche Chancen sehen Sie persönlich in der Ökonomisierung sowohl i.d. S.A. als auch generell i.d. Einrichtung?
- Welche Risiken haben Sie bisher beobachtet, bzw. sind damit verbunden?
- Inwiefern spielt das Thema Tripelmandat dabei eine Rolle?
- Wie gehen Sie persönlich damit um?
→ Haben Sie das Gefühl, dass der wirtschaftliche Faktor, dem humanen Blickwinkel der S.A. im Weg steht?
- Was haben Sie bisher dagegen unternommen?

Abschluss:

- Wie hat sich die Situation durch die momentane Pandemie verändert?

Vereinfachtes Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl (2015)

Formal:

- Transkript in Worddatei schreiben
- Speicherung als Rich Text Format (.rtf Datei), Benennung der Datei entsprechend dem Audiodateinamen (ohne Endung wav, mp3), z.B. Interview_04022011.rtf oder interview_schmitt.rtf
- Kopfzeile: Name des Transkribierten, Kürzel des Interviewpartners I1; I2..., Datum des Interviews, zeitlicher Anfang und Ende des Transkriptes im Interview (z.B. 00:00:00-00:06:28)
- Automatische Nummerierung der Zeilen
- Timecode am Ende eines Absatzes folgendermaßen einfügen: #00:06:28# (erleichtert Auffinden von Zitaten/Textpassagen)
- Pro Sprecherbeitrag eigener Absatz
- Text der Interviewer*innen in *kursiv*
- Zwischen den Sprechern eine Leerzeile einfügen
- Kurze Einwürfe als separaten Absatz transkribieren
- Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z.B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder Name zugeordnet (z.B. „B1:“, „Peter:“).
- Zahlen bis einschließlich zwölf ausschreiben, ab 13 als Ziffer. Sollte in einem Satz beides vorkommen, dann werden die Zahlen ausgeschreiben (z.B. von acht bis dreizehn)
- Jahreszahlen als Ziffern
- Zitationsfähigkeit:

Das Regelsystem wurde erstellt nach Dresing, Thorsten / Pehl, Thorsten: Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen, 1. Auflage. Eigenverlag Marburg 2011, S.15ff

Inhalt:

- **Wörtliches Transkribieren**, nicht lautsprachlich oder zusammenfassend, Dialekte möglichst **ins Hochdeutsche** übersetzen
- **Wort- und Satzabbrüche** sowie Stottern werden geglättet, bzw. ausgelassen
- **Wortdopplungen** nur erfassen, wenn sie als Stilmittel genutzt werden, z.B.: „Das ist mir sehr, sehr wichtig.“
- **Wortverschleifungen** werden möglichst an das Schriftdeutsch angenähert, z.B. „so'n“ = „so ein“ oder „ne“ = „eine“
- **Interpunktion** wird zugunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung lieber einen Punkt, als ein Komma setzen.
- **Verständnissignale und Füllwörter** wie „mhm, aha, ähm, ja, genau, halt...“ werden **nicht mit transkribiert**
Ausnahme: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne weitere Ausführungen. Je nach Interpretation wird dies als „mhm (bejahend)“ oder „mhm (verneinend)“ erfasst.
- Besonders betonte Wörter werden durch **Großschreibung** gekennzeichnet
- **Emotionale, nonverbale Äußerungen**, welche die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (z.B. lachen oder seufzen) werden beim Einsatz in Klammern notiert
- **Unverständliche Wörter** werden mit **(unv.)** gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handstörgeräusch) oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?) Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.
- **Anonymisierung** erfolgt dadurch, dass nur der Anfangsbuchstabe genommen wird und durch den nächsten Buchstaben des Alphabetes ersetzt wird, z.B. „Sarah“ = „T.“

1 **Transkript I1**

2

3 I: *Okay. #00:00:05#*4 B1: *Genau. #00:00:07#*5 I: *Super, dann würde ich gern mal anfangen. Und zwar als Einführungsfrage ist mir
6 so in den Sinn gekommen inwieweit ist denn Ihre Einrichtung, beziehungsweise
7 deine Einrichtung im Generellen von der Ökonomisierung betroffen? #00:00:21#*8 B1: *Da würde ich erstmal kurz fragen, was verstehst du unter Ökonomisierung?
9 #00:00:25#*10 I: *Mit der Ökonomisierung meine ich, dass diese wirtschaftlichen Faktoren, wie zum
11 Beispiel Finanzierung, Effektivität oder sowas, dass das die überhandnimmt sage
12 ich mal. Dieses wirtschaftliche Denken, so wurde es bei mir im Praktikum damals
13 immer genannt, wie generell das so bei euch ausgebreitet ist. Jetzt noch nicht in
14 Bezug auf die Soziale Arbeit. Erstmal so als Einführungsfrage. #00:00:57#*15 B1: *Also da würde ich jetzt von meinem Bereich, beziehungsweise der Einrichtung
16 wo ich arbeite sagen, dass das im Täglichen eigentlich schon eine große Rolle
17 spielt, weil alles mit irgendwelchen Kostenträgern verbunden ist, aber wir arbei-
18 ten jetzt nicht danach, dass wir jetzt sagen wir müssen so und so viele Patienten
19 zwingend in eine Reha bekommen, um so und so viel Umsatz machen zu kön-
20 nen. Weil letztendlich hat das Klinikum an sich keinen Anteil daran. Also die be-
21 zahlen das nicht. Das sind Kostenträger wie die Krankenkassen, Rentenversi-
22 cherungsträger oder so. #00:01:46#*23 I: *Okay, super. Genau und als Einführung in den Hauptteil wäre dann meine Frage,
24 welche Faktoren da deiner Meinung nach eine Rolle, in Bezug auf diese Ökono-
25 misierung, spielen. Also ich habe jetzt schon ein paar angesprochen. Also sowas
26 wie Finanzierung oder so. #00:02:06#*27 B1: *Schwierig auf jeden Fall. Also wie soll ich es sagen, wir arbeiten ja vor allen Din-
28 gen nach einem Leitbild und das orientiert sich an der Menschenwürde und des-
29 wegen ist, würde ich jetzt behaupten, Ökonomisierung, klar spielt das immer eine
30 Rolle mit, aber man macht das wahrscheinlich oder wir machen das eher unter-
31 schwellig. Also wir sind jetzt nicht darauf aus nach Profit zu arbeiten, sondern
32 eher an den Bedürfnissen der Patienten. Also klar, wir haben zum Beispiel Rehas
33 immer empfohlen, aber letztendlich entscheiden immer die Patienten und da sa-
34 gen wir nicht Sie müssen jetzt die Reha machen, weil da hängen Geld und Kosten*

- 35 daran, sondern es wird einfach die Entscheidung den Patienten überlassen. Des-
36 wegen ist es schwierig da jetzt Faktoren zu benennen. **#00:03:06#**
- 37 I: *Okay. Meine nächste Frage hast du auf jeden Fall schon ein paar Mal mit ange-*
38 *sprochen und zwar wäre das jetzt gewesen inwieweit beeinflussen diese wirt-*
39 *schaftlichen Faktoren die Soziale Arbeit in der Institution, beziehungsweise dei-*
40 *nen persönlichen Arbeitsalltag? #00:03:22#*
- 41 B1: Also man muss sagen, dass vor allen Dingen der finanzielle Aspekt die Arbeit
42 schon auch beeinflusst, weil viele weitere Schritte, die nach der Finanzierung fol-
43 gen davon beeinflusst werden. Also wenn ich jetzt wieder das Beispiel Reha
44 nehme, sind wir darauf angewiesen zu warten, bis der Kostenträger das Ganze
45 genehmigt, um den Patienten dann in die Reha entlassen zu können. Wird das
46 nicht genehmigt geht es in den Widerspruch. Dann gibt es da noch einen langen
47 Rattenschwanz, der damit hinterherkommt. Das beeinflusst und bremst dann
48 schon auch den Arbeitsalltag aus und das ist jetzt auch nur ein Beispiel von Vie-
49 len. Das würde genauso gut auch für ein Pflegeheim zutreffen. **#00:04:13#**
- 50 I: *Du machst das super, weil meine nächste Frage wäre dann nämlich schon fol-*
51 *gendes. Also Soziale Arbeit ist ja sehr multiprofessionell und auch gerade in der*
52 *Krankenhaussozialarbeit ist es ganz viel Schnittstellenarbeit, wo man ganz viel*
53 *mit anderen verschiedenen Partnern kooperiert. Und darauf aufbauend wäre*
54 *dann die nächste Frage, hast du Erfahrungen, wie das Thema in anderen Ein-*
55 *richtungen, wie zum Beispiel Rehaeinrichtungen oder ambulanten Diensten ge-*
56 *handhabt wird? #00:04:43#*
- 57 B1: Also da habe ich weniger Einblick. Mehr Einblick habe ich dann eher so in die
58 Krankenkassen, dass oftmals aus für uns unerklärlichen Gründen, zum Beispiel
59 Rehabilitationen abgelehnt werden. Wo wir dann den Eindruck bekommen, dass
60 die Krankenkasse vielleicht sagt, okay der Patient ist zu fit, warum sollen wir dann
61 Geld für ihn ausgeben, so nach dem Motto oder einfach willkürlich Sachen abge-
62 lehnt werden, um dahingehend einfach auch Geld zu sparen. Das wird schon
63 deutlich. Wie das jetzt in den Rehakliniken gehandhabt wird, da kann ich nicht so
64 viel dazu sagen, weil sich die Rehakliniken mit den Kostenträgern auseinander-
65 setzen und weniger mit uns. Aber natürlich brauchen die auch die Zusage vom
66 Kostenträger, um den Patienten aufnehmen zu können. Also wenn die Kranken-
67 kasse jetzt nein sagt, sagt auch die Rehaklinik nein, weil die Kosten natürlich
68 abgedeckt werden müssen. Genau. **#00:05:48#**

- 69 I: *Weil die Frage, um da mal einen Hintergrund zu schaffen noch. Also die Frage*
70 *basiert bei mir darauf, dass wir damals, wo ich noch im Praktikum war, hatten wir*
71 *ein paar Leute aus dem Sozialdienst von einer Rehaeinrichtung bei uns und die*
72 *haben dann gesagt, dass wir, also dass das Krankenhaus in F. da noch relativ*
73 *gut dabei ist, wenn die ihre Patienten, ich glaube nach zehn Tagen bei verschie-*
74 *denen Indikationen oder so entlassen, weil die haben auch schon Leute, die be-*
75 *reits nach fünf Tagen entlassen wurden. Die dann aber auch mit den Nähten ihrer*
76 *Wunden angekommen sind und dann die erste Woche von der Reha dadurch gar*
77 *nicht wirklich nutzen konnten. #00:06:28#*
- 78 B1: Ja gut, das stimmt. Das ist natürlich dann indikationsabhängig, wie du schon
79 sagst. Und es ist ja auch gerade bei den Frührehabilitationen zum Beispiel, also
80 alles, was jetzt mit neurologischer Reha zutun hat oder Patienten, die zum Bei-
81 spiel einen Schlaganfall hatten, die auf der Intensivstation liegen, die beatmet
82 werden, die fangen in einer ganz niedrigen Rehabilitationsphase an und da dau-
83 ert die gesamte Reha bis zu sechs Wochen und die haben ja von den ersten
84 Wochen auch überhaupt nichts, weil die ja überhaupt noch gar nicht wiederher-
85 gestellt sind und noch gar nicht wieder können. Das ist schwierig und es ist auch
86 so ein Problem denke ich manchmal, weil auf der einen Seite können sie nicht
87 so lange im Krankenhaus bleiben, weil das ja auch wieder eine Kostenfrage ist
88 und ja, das ist auf jeden Fall schwierig. #00:07:20#
- 89 I: *Auf jeden Fall, ja da stimmt. Huch, was ist denn jetzt passiert? Meine nächste*
90 *Frage wäre, welche Chancen siehst du persönlich dabei in der Ökonomisierung?*
91 *Also, dass dieser ökonomische Aspekt immer mehr einfließt. Also sowohl gene-*
92 *rell in der Einrichtung als auch für dich in der Sozialen Arbeit. #00:07:42#*
- 93 B1: Kannst du mal noch ein Beispiel neben der Finanzierung sagen, bezüglich der
94 Ökonomisierung? Also was da jetzt noch mit reinzählen würde. #00:07:53#
- 95 I: *Sowas wie Effektivität zum Beispiel. Ich habe gelesen, dass die Ökonomisierung*
96 *wohl gut sein soll oder als Chance gesehen wird in dem Sinne, dass die Leute*
97 *viel schneller und viel gesicherter in die Häuslichkeit oder in eine Nachbetreuung*
98 *gelassen werden. Das sind so Chancen, die ich bisher gelesen habe. Hast du da*
99 *noch irgendwie Erfahrungen? #00:08:25#*
- 100 B1: Naja, also ich würde schon sagen, dass wir sehr effektiv arbeiten. Also weil der
101 Prozess immer mehr spezifiziert und vor allem auch immer mehr digitalisiert wird
102 und alles auch viel, viel schneller geht, wenn man online schnell etwas eintippen
103 kann, Anträge online ausfüllt und auch was die Entlassung nach Hause betrifft,

- 104 ist es auch so, dass wir auch ein großes Netzwerk haben, wo wir auch viel die
105 Patienten weitervermitteln können, auch außerhalb an Sozialarbeiter und wo sich
106 da auch einfach viel mehr entwickelt, was früher gar nicht so wahr, also Palliativ-
107 dienste zum Beispiel, ambulante und so. Also ja wie gesagt, die Zusammenarbeit
108 mit denen, das macht das Ganze schon effektiver und effizienter und für den
109 Patienten angenehmer, auf jeden Fall. **#00:09:24#**
- 110 I: *Ja, das glaube ich, auf jeden Fall. Und jetzt entgegengesetzt, hast du schonmal*
111 *ein paar Risiken zur Ökonomisierung beobachtet, beziehungsweise sind da wel-*
112 *che mit verbunden? #00:09:39#*
- 113 B1: Also ich denke, dass die Soziale Arbeit vielleicht ein bisschen verloren geht, kann
114 man mal sagen. Also klar ist es gut, wenn viel digitalisiert wird und wenn die
115 Arbeitsabläufe effektiv und effizient gestaltet werden und vermeintlich zeitsparen-
116 der sein soll, aber trotzdem habe ich das Gefühl, werden die bürokratischen Ab-
117 läufe immer umfangreicher. Also es ist ja, finde ich viel einfacher, man geht mit
118 einem Papierstück zu einem Patienten, erzählt da etwas und redet mit dem Pati-
119 enten, aber ich denke die Zukunft wird so aussehen, man geht mit einem Tablet
120 zu dem Patienten, tippt dort kurz etwas durch und verschwindet wieder. Ja das
121 ist schwierig. Man muss da aufpassen, dass die Soziale Arbeit nicht von der Bü-
122 rokratie sozusagen verdrängt wird. **#00:10:38#**
- 123 I: *Ja, das ist auch etwas, was ich im vornherein gelesen habe, dass das viele als*
124 *kritisch sehe, dass auch dieser Papierkram sage ich jetzt mal, viel, viel, viel mehr*
125 *wird, dadurch dass durch dieses Entlassmanagement rechtlich unterlegt ist und*
126 *dass es dadurch auch immer mehr und im Bezug zum Datenschutz immer viel*
127 *mehr zum bürokratischen Papierkram kommt, sage ich jetzt mal. #00:11:09#*
- 128 B1: Und ich denke auch, das wird für die Patienten, also wenn ich jetzt einfach mal
129 von meiner Klientel ausgehe, was schon so Patienten sage ich mal ab 60 auf-
130 wärts ist, das ist für die dann auch sehr befremdlich, wenn man dort mit einem
131 Computer sage ich jetzt mal ankommt und ja, das ist schwierig. Da muss man
132 einfach für sich so ein bisschen den Weg finden, dass man die Soziale Arbeit
133 trotzdem aufrechterhält. **#00:11:38#**
- 134 I: *Ja klar, auf jeden Fall. Das ist mir auch im Praktikum damals ganz oft aufgefallen,*
135 *dass es das klassische Tripelmandat ist. Man steht zwischen dem, was der Klient*
136 *möchte. Man steht zwischen dem, was der Kostenträger, beziehungsweise die*
137 *Einrichtung möchte und von der eigenen Profession. Also das ist manchmal ganz*

138 *schwierig. Ich denke, das werde ich auch noch als eine Frage in das Interview*
139 *mit einbeziehen, was für ein Konfliktpotenzial das vielleicht hat. #00:12:06#*

140 B1: Das ist auch zum Beispiel jetzt in Zeiten von Corona haben wir selbst schon ge-
141 sagt, das was wir hier eigentlich gerade machen hat wenig mit Sozialer Arbeit zu
142 tun, weil wir vermeiden erstens den Kontakt zum Patienten, was eigentlich das
143 Schlimmste ist, was man in dem Arbeitsfeld machen kann, weil wir, so ist es aber
144 rechtlich auch gerade vorgesehen das kann man machen, unterschreiben An-
145 träge für Patienten. Was eigentlich gar nicht so richtig geht. Alles ist nur so ganz
146 schnell über Angehörige und wenig das Gespräch mit dem Patienten, was uns
147 auch im Team gesehen schon auch schwerfällt. Man möchte sich selbst zwar
148 auch schützen, aber gerade in solchen Situationen, wo Soziale Arbeit vielleicht
149 auch eigentlich einen besonderen Stellenwert hätte, das wird da vergessen ir-
150 gendwie oder so ein bisschen unterdrückt einfach, weil es aber eben auch nicht
151 anders geht. Das ist schwierig. #00:13:21#

152 I: *Genau, darauf aufbauen würde ich dann auch zu meiner nächsten Frage kom-*
153 *men. Wie gehst du persönlich damit um? Also wir haben ja vorhin schon festge-*
154 *stellt, dass dieser wirtschaftliche Faktor von der Ökonomisierung dem humanen*
155 *Blickwinkel der Sozialen Arbeit auch manchmal im Weg stehen kann. Wie hand-*
156 *habt ihr das so für euch? #00:13:41#*

157 B1: Also letztendlich ist es schwierig, weil uns ja quasi auch sozusagen die Hände
158 ein Stück weit gebunden sind. Also wir haben ja auch die Richtlinien und letzt-
159 endlich können wir wenig gegen Entscheidungen von Kostenträgern machen
160 ganz klar, aber natürlich versuchen wir trotzdem für die Rechte des Patienten
161 einzustehen und dafür auch ein Stück weit zu kämpfen und vielleicht auch ein
162 Stück weit gegen die Ökonomisierung, was jetzt den finanziellen Aspekt betrifft
163 vorzugehen. Aber ansonsten versuchen wir natürlich trotzdem auch da effektiv
164 zu arbeiten, effizient zu arbeiten, aber eben immer mit dem Blick auf die Soziale
165 Arbeit, auf die Bedürfnisse des Patienten. Ich persönlich lebe nach dem Motto
166 sage ich jetzt mal oder versuche das so umzusetzen, dass wenn ich merke, ein
167 Patient hat mehr Redebedarf mir dann auch die Zeit zu nehmen, wenn ich sie
168 habe und mir das einfach anzuhören oder dann eben denjenigen weiterzuleiten
169 an andere Professionen, die da ebenfalls unterstützen können. #00:15:02#

170 I: *Das ist ja der Inbegriff von Sozialer Arbeit im Endeffekt. Du hast ja schon ange-*
171 *sprochen, dass ihr gern für die Rechte vom Klienten kämpft. Gab es da schonmal*
172 *eine Situation, wo du wirklich gesagt hast, na jetzt muss ich aber mal etwas*

173 *unternehmen oder jetzt muss ich mal dem Arzt sagen nein wir müssen das hier*
174 *anders regeln oder so? #00:15:28#*

175 B1: Also bei mir persönlich im Bereich schwierig. Also da hatte ich noch nichts richtig
176 Krasses. Ich kann ein Beispiel von einer Kollegin nenne. Sie hatte einen Patien-
177 ten der unversichert war, also der keine Krankenversicherung hatte und da ist
178 natürlich die Frage was passiert jetzt mit ihm? Wer bezahlt die Kosten? Und das
179 ging ganz oft hin und her und der Eine wusste das, der Andere wusste das und
180 letztendlich hat die Station bei meiner Kollegin angerufen und hat meine Kollegin
181 gefragt, ob sie den Patienten jetzt weiterhin behandeln können. Das habe ich
182 gesagt, dass es überhaupt nicht zur Debatte steht. Also die Frage erstmal, kön-
183 nen wir den Patienten weiter behandeln? Er war schwer nierenkrank, also er ist
184 dialysepflichtig geworden und wäre einfach verstorben, wenn sie ihn nicht behan-
185 delt hätten. Und das ist so eine ethisch moralische Frage eigentlich, aber für uns
186 stand die Frage nicht zur Debatte und wir fanden es eher krass, dass dann sozu-
187 sagen der Sozialdienst da einbezogen und er da gefragt wurde, ob sie den Pati-
188 enten weiterbehandeln können. Das war so das, wo die Mitarbeiterin dann auch
189 gesagt hat Stopp, also erstens entscheide ich das nicht, ich bin kein Arzt, aber
190 wenn der Patient lebensbedrohlich krank ist, natürlich muss er behandelt werden.
191 Das wäre sonst am Ende, weiß ich nicht aktive Sterbehilfe oder so, wenn die
192 nichts machen. Solche Fälle sind dann natürlich echt schwierig. #00:17:17#

193 I: *Ja klar, auf jeden Fall. Aber es ist doch schön, wenn man dann als, also es ist*
194 *nicht schön, wenn man als Sozialarbeiter*in so sehr da mit einbezogen wird, aber*
195 *es ist gut, wenn man dann auch jeden Fall dabei bleibt seine Meinung zu vertre-*
196 *ten und vor allem auch für den Klienten zu entscheiden, also nicht entscheiden,*
197 *aber seine Meinung für den Klienten zu vertreten. Ich denke mal, das wird dann*
198 *sicherlich auch einen positiven Ausgang gehabt haben. #00:17:50#*

199 B1: Naja der Fall ist noch nicht geklärt eben wegen der Versicherung und da ist auch
200 das Problem, dass man daran deutlich merkt, dass die Soziale Arbeit im Kran-
201 kenhaus auch einfach Grenzen hat. Also man kann in einer gewissen Weise hel-
202 fen, handeln und unterstützen, aber zum einen bedarf es der Mitwirkung der Pa-
203 tienten, was ganz wichtig ist und zum anderen ist das Handlungsspektrum auch
204 einfach begrenzt. Man kann keine Hausbesuche machen oder außerhalb etwas
205 für den Patienten klären. Also das ist teilweise schon schwierig, auch den Pati-
206 enten das so zu verstehen zu geben, dass man nur begrenzt ist, in seinem Rah-
207 men handeln kann und alles andere leider dem Patienten überlassen werden
208 muss. #00:18:42#

209 I: *Das stimmt. Das ist auch mit diesem Hilfe-und-Kontrolle-Ding von der Sozialen*
210 *Arbeit, dieses Prinzip der Hilfe und Kontrolle, aber das ist gerade im Kranken-*
211 *haussozialdienst ganz, ganz schwer da irgendwie zu kontrollieren, weil man die*
212 *Leute nur in dem einen institutionellen Rahmen vor sich. Genau und da komme*
213 *ich auch schon zu meiner Abschlussfrage, in die du vorhin eigentlich auch schon*
214 *schön eingegangen bist. Und zwar wie hat sich die Situation durch die momen-*
215 *tane Pandemie verändert? #00:19:13#*

216 B1: Also das hatte ich ja vorhin schon so ein bisschen mit gesagt. Also es ist so, dass
217 sich die Situation schon verändert hat, einfach auch deshalb, weil teilweise Sta-
218 tionen auch geschlossen wurden, die sozusagen für die Pandemiefälle aufgehoben
219 wurden. Da viele, sagen wir mal Rechte außer Kraft gesetzt wurden, eben
220 wie zum Beispiel, dass wir als Sozialdienst für die Patienten Anträge unterschreiben
221 dürfen. Es wurden die Kostenzusagen teilweise verlängert, weil auch einfach
222 die Aufnahmetermine nach hinten verschoben wurden, in Rehabilitationskliniken.
223 Ich finde auch gerade im onkologischen Bereich hat man Angst zum Patienten
224 zu gehen, weil man weiß, dass das Immunsystem sowieso schon geschwächt
225 ist, der Patient bekommt eine Chemotherapie und jetzt geht man noch dorthin.
226 Man weiß ja gar nicht bei wem man vorher war, was derjenige vielleicht hatte.
227 Wir waren auch oft bei Patienten die negativ waren und am nächsten Tag positiv
228 getestet. Das ist ein bisschen schwierig, aber wir versuchen trotzdem, natürlich
229 mit Bedacht darauf uns selbst zu schützen, so viel Kontakt mit dem Patienten wie
230 möglich zu haben, um dort überhaupt bedürfnisorientiert handeln zu können. Klar
231 kann man auch einfach nur mit den Angehörigen sprechen, aber das müssen
232 dann trotzdem noch nicht die Bedürfnisse des Patienten sein und solange diese
233 ansprechbar sind, orientiert sind, dann zählt das was der Patient möchte und
234 nicht was Angehörige oder Ärzte wollen. Sofern natürlich das Leben nicht gefährdet
235 ist. Aber das ist schon sehr, sehr einschränkend und auch seitens der Pati-
236 enten, die dann oft auch sehr viel Redebedarf haben, einfach auch weil sie ein-
237 sam sind. Es darf kein Besuch kommen und gerade bei schwerstkranken Patien-
238 ten werden manchmal Ausnahmen gemacht, aber auch nicht immer und das ist
239 für beide Seiten schwierig, sowohl für die Patienten als auch für uns, aber auch
240 für die Ärzte. Da auch denen auch sehr, sehr viel Druck lastet, dass die Patienten
241 schnell entlassen werden, um eben Betten zu haben, falls doch wieder eine dritte
242 Welle kommt. Das ist auf jeden Fall sehr schwierig. #00:21:48#

243

244 I: *Ja, das glaube ich. Okay super, dann wäre es das von meiner Seite auch schon*
245 *von den Fragen. Dann schau ich mal ganz kurz, ob ich die Aufnahme stoppen*
246 *kann. #00:22:01#*

1 **Transkript I2**

2

3 I: *Genau, also zur Einführung würde ich gern erstmal ganz normal die Frage stellen*
4 *inwieweit ist Ihre Einrichtung generell von der Ökonomisierung betroffen? Soll ich*
5 *noch kurz definieren was ich damit meine? #00:00:20#*

6 B2: *Der Blickwinkel wäre nicht schlecht. #00:00:22#*

7 I: *Ja genau. Also es geht mir darum, dass ich im Generellen schauen möchte, wie*
8 *sich die Ausbreitung des Marktes, also das was man unter Ökonomisierung ver-*
9 *steht, beziehungsweise die wirtschaftlichen und ökonomischen Prinzipien daraus*
10 *sich auf die Soziale Arbeit ausbreiten und ob sie sich in manchen Situationen*
11 *auch gegenüberstehen, vielleicht auch im Weg stehen oder ob es Chancen bie-*
12 *tet. Da wollte ich jetzt erstmal ganz normal fragen von der Sozialen Arbeit und*
13 *Ihrem Alltag abgesehen, wie sich das wie sich das in Ihrer Einrichtung ausbreitet*
14 *sage ich mal. #00:01:07#*

15 B2: *Gut. Grundsätzlich ist es so, dass die Ökonomisierung sich in alle Lebensberei-*
16 *che von uns ausbreitet. Ich bin jetzt nicht vom Controlling oder der Verwaltung,*
17 *sondern der Leiter vom Sozialdienst hier im Haus und da kann man das so allge-*
18 *mein sagen, dass die Ökonomisierung und Verwirtschaftlichung im Gesundheits-*
19 *system natürlich bekannt ist und ich denke auch das Krankenhaus nun mittler-*
20 *weile als Teil des Marktes, das sich behaupten muss als Standardbehauptung für*
21 *die Region, das ist entscheidend. Das sind so dezentrale Aufgaben, also dass*
22 *man nicht mehr nur Medizin machen kann, an sich. Das wird man dann auch in*
23 *der Literatur merken, dass sozusagen immer mehr Kliniken in der Leitungsstruk-*
24 *tur da sehr verwirtschaftlicht sind und das, was früher sozusagen eine ärztliche*
25 *Leitung war, da hatten die Krankenhäuser eine ärztliche Leitung und eine Da-*
26 *seinsfürsorge, da würden jetzt diese wirtschaftlichen Prinzipien eine riesige Rolle*
27 *spielen und das ist generell auch in unserem Haus so, weil wir doch den Vorteil*
28 *haben, dass wir jetzt keine große Gruppe wie I. im Hintergrund haben, sondern*
29 *hier eine ärztliche Leitung als eine GmbH von daher jetzt nicht diese Gewinnma-*
30 *ximierung, sondern eher die Struktur, Haltung und Rahmen. Das kann man auf*
31 *den ersten Blick, also ich bin seit zweieinhalb Jahren hier im Haus, da sind die*
32 *Bedingungen so wie sie sind. Da hat sich jetzt nicht viel geändert auf den ersten*
33 *Blick. Wie gesagt, es gibt Probleme, die im Gesundheitswesen allgemein üblich*
34 *sind, also beispielsweise der Fachkräftemangel. Die muss man dann gut finan-*
35 *zieren, damit man die Fachkräfte hält, das widerspricht dann wieder ökonomisch*
36 *zu arbeiten. Das ist für die Klinikbetreiber immer ein bisschen schwierig. Das ist*

37 das eine, also es sind sicherlich offensichtliche Dinge oder mit den wenigen Fach-
38 kräften dann ökonomisch arbeiten, also eher effektiv anstatt wirtschaftlich. Was
39 dann der zweite Blick ist, ist hinzuschauen was ist nicht mehr da? Also es sind
40 die Dinge, wie man beispielsweise in anderen Kliniken merkt was jetzt bekannt
41 ist, dass die Geburtenkreissäle, die überall schließen, weil sie eben nicht wirt-
42 schaftlich sind. Dafür bin ich jetzt noch nicht so lang hier im Haus, um zu erklären
43 welche Bereiche gesichert sind und welche Bereiche geschlossen wurden sind,
44 da müsste man jetzt genau in der Geschichte des Hauses gucken, aber das ist
45 sicherlich auch ein Punkt, wo die Ökonomisierung eine Rolle gespielt hat. Also
46 wenn ich mit längeren Mitarbeitern hier im Haus spreche, gab es hier zeitweise
47 mal ein anderes Portfolio im Klinikum und das sehe ich jetzt zwar direkt nicht,
48 aber das hat sicherlich eine Auswirkung von den DRGs was sich rechnet und
49 was sich nicht rechnet. **#00:03:55#**

50 I: *Ja auf jeden Fall das ist verständlich. Sie haben ja jetzt schon ein paar Dinge*
51 *angesprochen, aber jetzt nochmal so die Frage an sich welche Faktoren spielen*
52 *da Ihrer Meinung nach eine Rolle in Bezug auf diese Ökonomisierung?*
53 **#00:04:08#**

54 B2: Naja der Klassiker ist ja dieser DRG seit 2003. Das ist der Sinn und Zweck der
55 Politik da schon gewesen sozusagen das Gesundheitswesen wirtschaftlicher zu
56 gestalten. Die DRG hat einen wesentlichen Einfluss auf die Liegezeit der Patien-
57 ten, die im Laufe der Zeit immer kürzer wird. Das hängt aber mit dem System
58 zusammen. Also sie haben in dem Bereich der DRG eine mittlere Verweildauer
59 und eine Spanne nach oben, eine Spanne nach unten und sie werden von der
60 Kasse oder vom Kostenträger belohnt, wenn die Spanne unten ist. Damit führt
61 das für viele Krankheiten oder für viel DRG-gelistete Krankheiten dazu, dass die
62 Kliniken natürlich sehr interessiert sind die Zeiten zu verkürzen und das würde
63 dann statistisch bedeuten, dass die mittlere Verweildauer sich immer mehr nach
64 unten gesenkt hat und wir jetzt in den Bereich kommen, der sich in der Fachlite-
65 ratur blutige Entlassung nennt, also bei orthopädischen Operationen und so wei-
66 ter. Das macht natürlich Druck auf das System, weil alles schneller laufen muss,
67 die Liegezeit kürzer ist und das steigert dann wiederum die Anforderungen in der
68 Nachsorge und so weiter. Was entscheidend ist in diesen Bereichen ist, wie ich
69 oben schon gesagt habe, dass dieser Transfer von dieser wohlfristlichen Da-
70 seinsfürsorge vom Gesundheitswesen oder vom Krankenhaus in diese markt-
71 wirtschaftliche Orientierung reinrutscht, dass der Patient dann sozusagen dort
72 nicht nur seine Gesundheit wiederbekommen soll, sondern auch das Klinikum
73 oder der jeweilige Krankenhausträger dann auch dementsprechend seine

- 74 Finanzierung erhält, seine Mitarbeiter finanziert und so weiter. Also das ist dann
75 der ganze Zyklus. Insofern werden ja da Leitlinienstandards und Anforderungen
76 geschaffen, die da sozusagen Mindeststandards festlegen, aber da kommen wir
77 dann glaube ich nochmal dazu in einer Frage. **#00:06:17#**
- 78 I: *Super, genau. Und jetzt nochmal die Frage an sich, also inwieweit beeinflussen*
79 *diese wirtschaftlichen Faktoren die Soziale Arbeit in Ihrer Institution, beziehungs-*
80 *weise Ihren persönlichen Arbeitsalltag? #00:06:31#*
- 81 B2: Genau, da können wir eigentlich schon wieder mit der Liegezeit anfangen. Also
82 wenn sozusagen die Liegezeiten verkürzt werden, heißt das auch für uns, dass
83 die Nachsorgebedingungen steigen. Also früher war ein Patient oder früher war
84 alles besser, da war ein Patient so lang im Krankenhaus, bis er wieder autonom
85 zu Hause zurechtkam, also bis die Wiederherstellung möglich war. Da wurde
86 schon die erste Rehabilitationsphase im Krankenhaus durchgeführt. Jetzt haben
87 Patienten einen höheren Nachsorgebedarf in der Selbstständigkeit, der auch von
88 uns organisiert werden müsste oder auch durch uns organisiert werden muss.
89 Das erhöht sozusagen jetzt schonmal den Arbeitsaufwand klassisch. Ein weite-
90 res Problem ist dann diese Optimierung der Prozesse, die man versucht effekti-
91 ver zu gestalten und diese optimierten Prozesse werden sozusagen, wie das in
92 der Industrie bekannt ist, zur Arbeitsteilung, dass man sozusagen Produktions-
93 abteilungen hat und so weiter. Die sprechen der ganzheitlichen Betrachtung des
94 Patienten entgegen, weil jeder Mitarbeiter seine Pflicht tut und man dann nicht
95 den gesamten Prozess der Krankheitsbehandlung des Patienten im Blick hat.
96 Von daher gibt es dann ein fehlendes Problembewusstsein für die Gesamtsitua-
97 tion des Patienten. Das ist für die Soziale Arbeit oder für uns im Blick sehr schwie-
98 rig, weil wir auch da wieder beispielsweise einen Anamnesebogen haben, den
99 uns das Entlassmanagement vorgibt. Also das ist beispielsweise etwas, das sagt
100 schon der Name früher hieß es Sozialdienst, jetzt heißt es Entlassmanagement,
101 was gesetzlich von uns gefordert ist zu sichern und da wird eine Anamnese an-
102 hand eines Fragebogens durchgeführt. Das können wir gut tun, aber das ist wirk-
103 lich nur das Problembewusstsein des Fragebogens und wieder nicht die gesamte
104 Situation, die da eingeführt wird. Also ich denke Liegezeiten sind extrem wichtig,
105 das beeinflusst das schon, wie gesagt die Optimierung der Prozesse, also das
106 Einführen dieser Managementprozesse und Methodiken, die da jetzt zum Zeit-
107 management sagen wir mal genutzt werden oder die wieder genutzt werden und
108 das macht eine Fragmentierung der Patientensituation aus. Das lässt nicht die-
109 sen sozialen Blick auf den Patienten zu. **#00:08:57#**

110 I: *Sie haben ja vorhin schon gesagt in Bezug zu anderen Krankenhäusern, dass es*
111 *da bei Ihnen einen Unterschied gibt, dass Sie eine GmbH sind und Soziale Arbeit*
112 *ist auch immer eine multiprofessionelle Profession, wo viel Schnittstellenarbeit*
113 *passiert und man immer mit unterschiedlichen Kooperationspartner*innen arbei-*
114 *tet und darauf aufbauend stelle ich meine nächste Frage. Haben Sie Erfahrun-*
115 *gen, wie das Thema in anderen Einrichtungen gehandhabt wird, also zum Bei-*
116 *spiel in ambulanten Diensten, Rehabilitationseinrichtungen, Krankenkassen oder*
117 *so? #00:09:31#*

118 B2: Naja Erfahrungen? Das erste ist erstmal, was so ein bisschen nachdenklich
119 macht ist, dass es einfach übernommen wurden ist. Also es wird jetzt gar nicht
120 so bewusst erkannt, dass wir diese Wirtschaftlichkeit oder diesen neoliberalen
121 Wirtschaftsgedanken einfach so mit in unser System übernommen haben und
122 auch die Dienste sozusagen, gerade ambulante Pflegedienste jetzt als Beispiel,
123 sind ja von vornherein marktwirtschaftlich. Das waren die ersten die sozusagen
124 die Sozialwirtschaft von Wohlfahrtsverbänden dann dort abgelöst haben, dass
125 dort nicht die Wohlfahrtspflege an sich steht, sondern wirklich marktwirtschaftli-
126 che Prinzipien arbeiten. Insofern ist das für die schon immer Standard und daher
127 auch natürlich immer mit im Hintergrund eine Rolle spielt, wenn ich einen Patien-
128 ten an seinen Hilfebedarf anmelde. Da ist natürlich die nächste Frage was kann
129 ich damit abrechnen? Das ist automatisch, also das läuft parallel ab. Der Patient
130 wird sicherlich anerkannt und auch gesehen, aber er wird auch gleichzeitig, das
131 ist ein und dasselbe. Da ist wie man so sagt mit der Muttermilch jetzt schon im
132 System drin. Das ist gar nicht so bewusst, dass das ökonomische Prozesse sind.
133 Einmal da merkt man es, das ist bei der Krankenkasse ähnlich. Auch das ist ja
134 eigentlich ein SGB-Träger, der sozusagen auch im Sozialgesetzbuch ganz klare
135 Aufgaben hat zur Wohlfahrts- und Daseinsfürsorge und mit unseren Diskussio-
136 nen sich da aber auch als Wirtschaftskostenträger sehr hervortut Kosten zu mi-
137 nimieren und da auch wie ein Privatversicherer agiert und da auch dreimal nach-
138 fragt und Dinge ablehnt. Diese Strukturen sind da natürlich schon bekannt, aber
139 wie gesagt das ist gar nicht mehr groß im Bewusstsein. Das ist einfach etwas,
140 wo man genau hingucken muss und achtsam darauf sein, dass es noch solche
141 Prozesse sind. Wir haben das uns das schon sehr angewöhnt mit diesen Dingen
142 zu leben. Bei anderen Kliniken ist es ähnlich, wie ich gerade schon gesagt habe
143 die grenzen sich ab. Es gibt Einrichtungen die QM, also Qualitätsmanagements
144 eingeführt haben und solche Dinge, da muss man schauen. Da komme ich wie-
145 der, wie ich es oben gesagt habe mit diesen Mindeststandards und Leitlinien, die
146 sind wichtig als Rahmen, aber sie verführen auch dazu, dass man nicht mehr

147 darüber hinweg schaut. Genau das kann man schon so sagen. Also die haupt-
148 sächliche Erfahrung ist, dass es sich eigentlich schon normalisiert hat.
149 **#00:12:02#**

150 I: *Okay, interessant auf jeden Fall. Meine nächste Frage wäre dann welche Chan-*
151 *cen sehen Sie persönlich in der Ökonomisierung, sowohl für die Einrichtung als*
152 *auch für die Soziale Arbeit? #00:12:15#*

153 B2: Also ich würde es jetzt mal kurzfassen. Ökonomisierung ist wie gesagt Wirtschaft-
154 lichkeit, wenn man das jetzt unter dem Aspekt sieht. Da ist es so, dass wir bei-
155 spielsweise viele Methodiken dann aus dem Managementbereich, wenn wir So-
156 zialmanagement nehmen, aber die kommen eigentlich aus dem Managementbe-
157 reich mit einführen und wenn man da einen Vorteil sehen möchte, aus unserer
158 Sicht der Sozialen Arbeit ist die es SMART-Regelung, also die Methodik der
159 SMART-Führung. Ich glaube das ist etwas, wenn man Behandlungsziele ziemlich
160 konkretisiert, also spezifisch macht, sie messbar macht. Dann ist zwar die Frage
161 was ist das Messinstrument, also das sollte jetzt nicht eine Fallzahl sein oder eine
162 Bettenzahl und Umsatzzahl. Es gibt auch soziale Indikationen, die man nutzen
163 kann. Wie gesagt, die aktuelle Situation haben wir ja, real muss es erreichbar
164 sein und terminiert ist, nicht DRG terminiert ist. Das bedeutet, dass wir uns da
165 zielgerichtet bewegen können. Insofern ist das mal eine Situation, die eine
166 Grenze setzt und eine Zielrichtung herbeiführen kann. Also das ist eine Methodik,
167 die da hilft durch die Ökonomisierung, dass wir wirklich eine terminierte, strikte
168 Arbeit machen. Sonst sind wir da in der Sozialen Arbeit ein bisschen in Gefahr
169 alle Seiten zu beleuchten und dann keinen Schritt vorwärtszukommen. Insofern
170 ist das schon ein großer Part. Chancen? Ich sehe es immer systemisch, es ist
171 beispielsweise so, dass Ärzte, wie ich es vorhin schon gesagt habe, von Mana-
172 gern in der Führung oft abgelöst werden so perspektivisch und dass sie mit den
173 Managern völlig verschiedene Positionen haben, was eine Gesundheitssituation
174 betrifft. Ärzte setzen sich eher mit der Sozialen Arbeit auseinander, also sie ge-
175 hen eher auf uns zu oder man betrachtet die ganzheitliche Situation miteinander,
176 also das führt eher zu einer Verbindung zwischen ärztlicher Profession und un-
177 serer Profession, eben auch weil wir Unterstützer sind, um auch diese Ziele der
178 Liegezeit zu erreichen. Also das ist den Ärzten schon bewusst geworden, dass
179 eine gute Nachsorgeplanung mit uns wichtig ist, damit auch seine Liegezeit für
180 den Patienten nicht zu lang wird. Das spürt man schon, das hat bestimmte Gren-
181 zen aufgeweicht. Das ist eine Folge dieses Systems. **#00:14:46#**

182 I: *Schön. Das freut mich wirklich. Dem entgegengesetzt wäre dann meine nächste*
183 *Frage welche Risiken haben Sie bisher beobachtet oder denken Sie sind generell*
184 *damit verbunden? #00:14:59#*

185 B2: Na die Risiken, das habe ich vorhin schon mit gesagt, das ist diese Fragmentie-
186 rung des Behandlungsprozesses. Wir optimieren den Behandlungsprozess, wir
187 müssen den Patienten auf die Krankheit reduzieren, die wir in einer bestimmten
188 Zeit bearbeiten müssen oder behandeln müssen. Der Patient ist sozusagen zu
189 einem Wirtschaftsgut geworden und das kann man sagen Krankenhäuser müs-
190 sen sich auch an einer Kundenbindung orientieren, was jetzt natürlich dem prä-
191 ventiven Anteil der Sozialen Arbeit entgegenspricht. Wir möchten eigentlich nicht,
192 dass der Patient wieder krank wird, ich meine wir möchte auch nicht, dass wenn
193 wir Patienten behandeln, sie wieder krank werden, aber es gibt da wenig Einfluss
194 auf diesen abgegrenzten Prozess nur diese eine Behandlung zu machen, dann
195 dort eine präventive Weiterarbeit zu leisten. Da ist die Frage, ob das Aufgabe des
196 Krankenhauses ist, es ist ein Akuthaus und man soll akut behandeln, wo wir uns
197 da abgrenzen. Aber perspektivisch ist es so, dass wir da durch diese Fragmen-
198 tierung wirklich nur so kurz schauen können und je kürzer die Liegezeit ist, umso
199 kürzer ist auch der Einfluss von uns Sozialarbeitern auf die Patienten. Die ganze
200 Anamnese wird dann auch zu kurz. Also das ist glaube ich ein großes Problem,
201 dass wir nur noch nach Mindeststandards diese Dinge abarbeiten, erfolgreich
202 entlassen, wie es sozusagen der Gesetzgeber und die Leitlinien von uns verlan-
203 gen, damit auch bei der Finanzierung das volle Geld kommt. Wobei, wie gesagt
204 kann man das so böse ausdrücken, aber natürlich sind die Mitarbeiter in ei-
205 nem Krankenhaus, Ärzte, Schwestern oder der Sozialdienst und andere nach wie
206 vor Gesundheitsmenschen, die im sozialen Bereich irgendwo arbeiten. Also es
207 ist jetzt nicht so, dass man sagt, jetzt kommt die Hüfte, die bringt uns das. Also
208 so ist der Blick nicht, der Patient wird schon noch im Ganzen gesehen, aber wie
209 ich vorhin schon gesagt habe, es hat sich so normalisiert, dass man immer gu-
210 cken muss, dass das andere auch gleich gesichert ist. #00:17:10#

211 I: *Okay und inwiefern spielt da bei Ihnen das Thema Tripelmandat eine Rolle? Das*
212 *ist ja auch immer Thema, was gerade in der Sozialen Arbeit immer präsent ist*
213 *und ich kann mir vorstellen gerade im Krankenhaus kommt man da vielleicht auch*
214 *mal in so eine Situation. #00:17:25#*

215 B2: Ja, also Soziale Arbeit trifft es ja immer irgendwohin, also Tripelmandat ist unser
216 Thema. Früher war es das Doppelmandat, jetzt ist es das Tripelmandat. Wobei
217 es im Krankenhaus ein Thema ist. Man muss aber, wenn es um die Finanzierung

218 in der Sozialen Arbeit geht, ich glaube da ist es in der freien Trägerhilfe ein biss-
219 chen komplizierter. Also wenn Sie da als Sozialarbeiter schauen müssen, also
220 sich um Ihre eigene Finanzierung mehr Gedanken machen müssen welche Pro-
221 jektförderung Sie bekommen und welche nicht. Hier ist es ja so, dass die gesetz-
222 lichen Anforderungen im Entlassmanagement vorgeben, dass sozusagen der
223 Sozialdienst vorhanden sein muss mit entsprechender Qualifikation, das ist
224 schon Standard, wenn ich ein Krankenhaus habe, habe ich auch einen Sozial-
225 dienst. Insofern muss ich jetzt diese Kostensache für mich nicht ständig neu hin-
226 terfragen und meine Arbeit da einschränken. Also das ist jetzt nicht so das große
227 Problem was wir in diesem Bereich haben. Das andere ist natürlich Fachlichkeit,
228 also sozialarbeiterische Haltung in dieses System reinzubringen, das ist dann
229 natürlich eine große Herausforderung mit der Liegezeit, mit dem Wissen, dass
230 nicht jede Versorgung gesichert ist oder dass da noch eine größere Nachsorge
231 notwendig ist. Das macht es ein bisschen schwierig, aber ich glaube auch und
232 das ist auch wichtig, dass es uns hier im Haus gelungen ist mit sozialarbeiteri-
233 schem Wissen und Gedanken darauf den Blick zu retten. Also ich sehe es jetzt
234 nicht als Problem, das Tripelmandat bei uns im Haus. Wir haben durch unser
235 Wissen und unsere Fachlichkeit viele Prozesse hier verbessert. Also zuvor war
236 es so, dass hier eine Schwester den Sozialdienst gemacht hat, wo das noch nicht
237 gesetzlich notwendig war und da wurden Rehabilitationsanträge gestellt und für
238 die Verwaltung oder Leitung sah das so aus, als wäre es ein rein bürokratischer
239 Akt, weil man weiß, man nimmt einen Antrag aus dem Schieber und dann stellt
240 man den und dann läuft die Rehabilitation los. Also man sieht welches Wissen
241 dahinter steckt, welcher Kostenträger stellt welche Verhandlung. Das spart Nach-
242 fragen, das macht eine direkte gute Anamnese, ist effektiver für alles, für die ge-
243 samte Nachsorge. Ich meine gut, wenn man sozialarbeiterische Diagnostik
244 macht, einen Anamnesebogen macht hilft das in der Gesamtbehandlung weiter
245 und das hat uns hier im Haus glaube ich schon einen guten Stellenwert einge-
246 bracht. Also wie gesagt, die sozialarbeiterische Haltung können wir hier gut aus-
247 leben und wie ich vorhin gesagt habe die Kooperation mit den Ärzten, das zu
248 verstehen, dass wir da auch wichtig sind, eben auch für die Nachsorge, die si-
249 cherlich jetzt nicht den ganzheitlichen Blick haben, sondern die gesicherte Nach-
250 sorge sehen und uns da auch vertrauen, dass wir das angegangen sind. Also es
251 ist für mich jetzt nicht so das Problem. Wir können uns hier gut ausleben.
252 **#00:20:33#**

253 I: *Das passt gerade so gut, deswegen würde ich gern meine vorletzte Frage kurz*
254 *nach oben ziehen. Also gab es schonmal so eine Situation, wo Sie selbst gesagt*

255 *haben, okay mit diesen sozialarbeiterischen Haltungsperspektiven, okay ich*
256 *muss jetzt hier etwas dagegen unternehmen, gegen diese Situation, das kann*
257 *ich so hier nicht stehen lassen? #00:20:53#*

258 B2: Also das gibt es. In der Palliativsituation gibt es solche Dinge zwischen ITS-Be-
259 handlungen, wo ich eigentlich als Nicht-Mediziner keine Behandlungsoptionen
260 habe. Der Arzt bestimmt sozusagen, hat das Handlungsrecht und auch die Sorge
261 und die Pflicht das zu koordinieren, dafür ist er der Arzt hier im Haus. An dieser
262 Stelle ist immer die Frage, dort trifft sich wirklich medizinische Ethik, juristische
263 Ethik und sozialarbeiterische Ethik aufeinander und sicherlich spielt da auch die
264 Kostensituation eine Rolle, eine Behandlung kann gut abgerechnet werden oder
265 nicht. In diesen Fällen ist es schon so, dass ich da eine große Position annehme,
266 also wo es wirklich um (Diskussion? #00:21:45#) geht. Ich kann den Arzt jetzt
267 nicht zu einer Behandlung überreden oder zur Nichtbehandlung, das nicht, aber
268 diese Lebenswelt zu erklären was eine palliative Situation ist, was da dahinter
269 steht für Angehörige, für Patienten und was sein Wunsch war, das nochmal an-
270 anders zu betrachten, aus einem anderen Blickwinkel zu schauen. Das kann ich
271 sehr effektiv machen und das sind so Situationen. Also in dem Palliativbereich
272 auf jeden Fall, in anderen Bereichen geht es schon vorneweg los. Das ist dann
273 hier sozusagen ein zu kurzer Prozess, um da groß Einfluss zu nehmen, kann
274 man so sagen. Nochmal für mich ist es kein Problem. Das klingt eher so, als wäre
275 das Tripelmandat ein Problem. Ich kann es persönlich sagen, wie wir es hier füh-
276 ren im Haus, unser Punkt ist eigentlich Kommunikation, Kommunikation, Kom-
277 munikation. Also wir besprechen das und wie gesagt, wie wir damit persönlich
278 umgehen, ist, dass wir das mit den Patienten die Arztsicht einnehmen, also schon
279 fast ein mediativer Ansatz. Deswegen sagen wir so sieht der Arzt die medizini-
280 sche Sache, der sieht das bei Ihnen so und er sieht das so. Und mit den Ärzten
281 die Lebenswelt einnehmen, warum der Hintergrund ist oder warum wir noch ei-
282 nen Tag länger brauchen oder dass die Person so versorgt werden muss. Also
283 wir kommunizieren die Sichtweisen der anderen und dadurch können wir auch
284 diese verschiedenen Positionen, die wir auch führen, machen. Das macht hier im
285 Haus unsere sozialarbeiterische Haltung aus, die leben wir damit auch aus. Also
286 deswegen ist das für uns auch nicht so das große Problem, wie gesagt erstmal,
287 weil wir nicht diesen Kostendruck haben. Wir haben in der zweieinhalb Jahren,
288 die wir hier sind, keine Drohungen von Stundenreduzierungen bekommen oder
289 irgendwelche Diskussionen gehabt. Das macht uns schonmal ein bisschen ent-
290 spannter und wir haben wie gesagt eine gute Kommunikationsbasis mit Ärzten
291 und mit den Stationen. Insofern glaube ich, dass diese Anerkennung uns eher

- 292 gebührt, als sie früher war und dass wie gesagt wir uns gemeinsam als Gesund-
293 heitswesen verstehen, im Gegensatz als Kontra zu den wirtschaftlichen Manage-
294 mentgedanken. Das ist glaube ich eher eine Verbindung, die sich da aufbaut.
295 **#00:23:59#**
- 296 I: *Super. Ja gut, damit ist meine Frage wie Sie persönlich damit umgehen auch*
297 *beantwortet. #00:24:04#*
- 298 B2: Ja, ich konnte sie nicht vorziehen. Das lässt sich nur gemeinsam beantworten.
299 **#00:24:07#**
- 300 I: *Ja auf jeden Fall. Dann würde ich eigentlich auch schon zu meiner Abschluss-*
301 *frage kommen. Also Sie haben jetzt schon ein paar Mal betont, dass Sie seit*
302 *zweieinhalb Jahren hier sind. Das heißt Sie haben die Situation vor der Pandemie*
303 *soweit noch miterlebt und wie hat sich die Situation durch die Pandemie jetzt*
304 *verändert? #00:24:28#*
- 305 B2: Die Situation hat sich extrem verändert, aber da ist glaube ich gar nicht der Punkt
306 der Ökonomisierung das zentrale Thema, sondern es ist das System der Res-
307 sourcen, die draußen stark wechseln und ein großer Nachteil für uns als Sozial-
308 arbeiter ist die fehlende Angehörigenarbeit, also dass die Angehörigen nicht vor
309 Ort sind und dass wir sozusagen dieses Gespräch am Patientenbett zwischen
310 Angehörigen und Patient und uns sozusagen da den Konsens zu finden in der
311 Nachsorge nicht führen können, dass wir das sehr telefonisch machen und dass
312 wir sehr viel übermitteln und das ist nicht wie die Situation vor Ort. Also das er-
313 schwert unsere Anamnese und macht die gesamte Arbeit auch sehr schwer, da
314 wirklich eine gute Nachsorge zu organisieren. Das ist ein Problem. Ein weiteres
315 Problem war, dass die Pandemie verschiedene Phasen hat, es gibt exzessive
316 Phasen, es gibt Phasen mit hohem Inzidenzzahlen, Phasen wo wir hier im Kran-
317 kenhaus aus den Nähten geplatzt sind mit Patienten, weil sozusagen der Ver-
318 schiebebahnhof das Krankenhaus war und wo wir mit der Entlassung Probleme
319 hatten, weil Angehörige sie nicht zurücknehmen wollten, weil sie dann selbst in
320 Quarantäne gegangen wären, aber symptomfrei waren und das Krankenhaus
321 immer wieder den klaren Punkt hat es darf nur kranke Leute behandeln, also
322 behandeln nicht parken. Das sind Probleme, die waren stark im Dezember da
323 und die Kurzzeitpflegen auch keine positiven Patienten aufgenommen haben,
324 also wo wir die Patienten hier wirklich nicht losgeworden sind in der Versorgung,
325 also eine Nachsorge organisieren konnten, weil sich sozusagen alle Stellen ge-
326 sträubt haben. Die Mitarbeiterfallzahlen sind dabei auch gestiegen, sie die Be-
327 troffenen waren und die Ressourcen in dem Haus, aber auch draußen bei den

328 Pflagediensten knapp wurden. Also das war eine sehr, sehr schwierige Zeit und
329 eine belastende Zeit, weil wie gesagt die Patienten nicht nach Hause wollten oder
330 nicht konnten oder nachgesorgt hatten. Also das war eine starke psychische Be-
331 lastung in dieser extremen Zeit. Das hat sich jetzt gerade radikal geändert, auch
332 wenn die Inzidenzwerte wieder steigen, aber die Belastungssituation ist im Klini-
333 kum nicht mehr hoch. Was die Mitarbeiter betrifft sind wir eigentlich wieder relativ
334 gut an Bord. Leider sind in den Pflegeheimen Patienten verstorben, dass dort
335 jetzt in jeder Einrichtung Kapazitäten sind, dass wir permanent Anfragen bekom-
336 men, dass sie einen Platz frei haben. Also in den Einrichtungen herrscht nun ein
337 ökonomischer Druck seine Fallzahlen zu erreichen oder ihre Betten zu belegen.
338 Das hat für uns natürlich eine Entspannung diesbezüglich organisiert, dass wir
339 da keinen großen Zeitaufwand haben. Wir machen einen Anruf und der Patient
340 wird sozusagen übergeleitet und da geht alles relativ zügig. Also so wechselt das
341 Spiel, das ist wirklich eine große wechselhafte Situation. Aber hauptsächlich ist
342 es für Patienten Angehörigenarbeit, also wir sind auch so ein bisschen die seel-
343 sorgerische Arbeit im Haus. Die Telefonzeit hat extrem zugenommen für Ange-
344 hörige und auch Trauerarbeit ist nun wirklich nicht möglich. Also ein Patient, der
345 auf einer Corona-Station liegt, der hat dann sozusagen keinen Zugang zu seinen
346 Angehörigen und das ist natürlich ziemlich blöd. Für onkologische Patienten gibt
347 es da schon Besuchsregelungen mit Ausnahmen, aber wie gesagt dort wirklich
348 zielführend zu arbeiten ist sehr, sehr schwierig. Es ist ein sehr dynamischer Pro-
349 zess mit der Pandemie. Wie gesagt ich würde jetzt nicht sagen, dass es perma-
350 nent alles verschlechtert hat, wie gesagt der ökonomische Druck wechselt halt.
351 Einmal haben wir ihn, weil wir Liegezeiten haben, jetzt haben ihn die Einrichtun-
352 gen, die müssen ihre Betten belegen. Es ist leider so, dass die Dynamik immer
353 da ist und wir müssen gucken wie das in allen Bereichen ist, wo sind die Res-
354 sourcen und wo sind die Stressoren. Und wie gesagt die ökonomische Ge-
355 schichte oder diese ganze Wirtschaftlichkeit ist einer der Faktoren, aber es hin-
356 dert uns hier an der Arbeit eigentlich nicht den Patienten ganzheitlich zu sehen
357 mit seiner Biografie und seinen Dingen. In so einer Kleinstadt wie E. ist das so-
358 wieso noch so, dass wir Patienten öfters sehen oder wiedersehen. Das hat schon
359 einen Vorteil, dass wir hier nicht so fragmentiert sind. Ich denke es ist in einem
360 großen Unikrankenhaus oder so, da würde jetzt eine ganz andere Antwort kom-
361 men. Von der Organisation her, vom Management her, von den ganzen Dingen
362 her, da wird das fragmentierter sein. Hier sind wir Gott sei Dank in dem Arbeits-
363 feld, was jetzt ist, um wieder die zweieinhalb Jahre zu betonen, relativ stabil. Also
364 ich kann nicht sagen, dass wir jetzt große Veränderungen hatten. Wir hatten die

- 365 Liegezeitveränderungen zwischenzeitlich mal für die orthopädischen Patienten.
366 Da wurde von zwölf Tagen auf sieben Tage verkürzt, weil andere Kliniken nicht
367 operiert haben, um da hinterher zu kommen oder beziehungsweise, weil die Betten
368 mit Coronapatienten schon belegt waren und da die Fallzahl wiederholt werden
369 muss. Das bedeutete, dass wir viel schneller mit der Rehabilitation arbeiten
370 mussten, aber da wiederum die Ressource hatten, dass wir eines der wenigen
371 Krankenhäuser waren, die operiert haben. Insofern hatten die Rehabilitationskliniken
372 alle Kapazitäten. Das schließt sich, man kann das nicht pauschal sagen
373 das eine macht das schlecht. Es gibt da wie gesagt Ressourcen und Stressoren
374 und wir bewegen uns da in der Ebene dazwischen. **#00:30:05#**
- 375 I: *Okay. Dann würde ich mich erstmal recht herzlich bedanken. Das war ein sehr*
376 *schönes Interview. Ich gucke mal.* **#00:30:14#**
- 377 B2: Ob es aufgenommen hat? **#00:30:15#**
- 378 I: *Ja, aber es sieht gut aus.* **#00:30:17#**

Definition der Kategorien

Name der Kategorie	Definition
1. Ökonomisierung in der Einrichtung	Textstellen, mit folgendem Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> - Betroffenheit der eigenen Institution - Betroffenheit der eigenen Sozialen Arbeit
2. Beeinflussende Faktoren für die Ökonomisierung I. Faktoren der Ökonomisierung II. Auswirkungen auf die Soziale Arbeit	Textstellen, mit folgendem Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> - Welche Faktoren verursachen die Ökonomisierung im Allgemeinen? - Welche Faktoren verursachen die Ökonomisierung in der Einrichtung? - Wie wirken sich diese allgemein aus? - Wie wirken sich diese auf die eigene Soziale Arbeit aus?
3. Chancen der Ökonomisierung	Textstellen, mit folgendem Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> - Positive Effekte der Ökonomisierung (vor Pandemie)
4. Risiken der Ökonomisierung	Textstellen, mit folgendem Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> - Negative Effekte der Ökonomisierung (vor Pandemie)
5. Tripelmandat	Textstellen, mit folgendem Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> - Ist die eigene Soziale Arbeit betroffen? - Auswirkungen des Tripelmandates
6. Persönlicher Umgang mit Ökonomisierung	Textstellen, mit folgendem Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> - Grenzfälle, in denen sich Ökonomisierung bemerkbar macht - Umgang mit Ökonomisierung im Alltag
7. Erfahrungen in ähnlichen Einrichtungen	Textstellen, mit folgendem Inhalt: <ul style="list-style-type: none"> - Wie wirkt sich Ökonomisierung auf andere Institutionen (z.B. Krankenkassen, Rehabilitationseinrichtungen, ambulante Dienste, andere Krankenhäuser/Kliniken) aus? - Hat dies Auswirkungen auf die eigene Institution/Soziale Arbeit?

8. Veränderungen durch die Pandemie	Textstellen, mit folgendem Inhalt: <ul style="list-style-type: none">- Positive + Negative Effekte der Pandemie auf eigene Soziale Arbeit- Positive + Negative Effekte der Pandemie der Ökonomisierung während der Pandemie- Was hat sich während der Pandemie verändert?
-------------------------------------	---

Kategorisierung Tabelle I1

Kategorie	Aussagen	Paraphrase/Generalisierung	Ankerbeispiel	Sprecher-ID, Zeilenangabe
1. Ökonomisierung in der Einrichtung	<p>„Also da würde ich jetzt von meinem Bereich, beziehungsweise der Einrichtung, wo ich arbeite sagen, dass das im Täglichen eigentlich schon eine große Rolle spielt, weil alles mit irgendwelchen Kostenträgern verbunden ist...“</p> <p>„...aber wir arbeiten jetzt nicht danach, dass wir jetzt sagen wir müssen so und so viele Patienten zwingend in eine Rehabilitation bekommen, um so und so viel Umsatz machen zu können.“</p>	<p>Ökonomisierung ist präsent in der Einrichtung, da Finanzierung durch Kostenträger</p> <p>Arbeit nicht profitorientiert</p>	<p>„...im Täglichen eigentlich schon eine große Rolle spielt, weil alles mit irgendwelchen Kostenträgern verbunden ist...“</p> <p>„sagen wir [nicht, wir] müssen so und so viele Patienten zwingend in eine Rehabilitation bekommen, um so und so viel Umsatz machen zu können.“</p>	<p>B1, Z. 15 ff</p> <p>B1, Z. 17 ff</p>
<p>2. Beeinflussende Faktoren für die Ökonomisierung</p> <p>I. Faktoren der Ökonomisierung</p>	<p>„Also wie soll ich es sagen, wir arbeiten ja vor allen Dingen nach einem Leitbild und das orientiert sich an der Menschenwürde...“</p> <p>„Ökonomisierung, klar spielt das immer eine Rolle mit, aber man macht das wahrscheinlich oder wir machen das eher unterschwellig. Also wir sind jetzt nicht darauf aus nach Profit zu arbeiten, sondern eher an den Bedürfnissen der Patienten.“</p> <p>„Also klar, wir haben zum Beispiel Rehabilitationen immer empfohlen, aber letztendlich</p>	<p>Leitbild des Sozialdienstes orientiert sich an der Menschenwürde</p> <p>Arbeit bedürfnisorientiert, nicht profitorientiert, Ökonomisierung eher unterschwellig</p> <p>Beispiel Rehabilitation Fokus wird auf Patientenwahlrecht</p>	<p>„[wir arbeiten] nach einem Leitbild und das orientiert sich an der Menschenwürde...“</p> <p>„...wir sind jetzt nicht darauf aus nach Profit zu arbeiten, sondern eher an den Bedürfnissen der Patienten.“</p> <p>„...aber letztendlich entscheiden immer die</p>	<p>B1, Z. 26 ff</p> <p>B1, Z. 28-31.</p> <p>B1, Z. 31-35.</p>

	entscheiden immer die Patienten und da sagen wir nicht Sie müssen jetzt die Rehabilitation machen, weil da hängen Geld und Kosten daran, sondern es wird einfach die Entscheidung den Patienten überlassen. Deswegen ist es schwierig da jetzt Faktoren zu benennen.“	gelegt anstatt wirtschaftlicher Finanzierungsaspekt	Patienten und da sagen wir nicht Sie müssen jetzt die Rehabilitation machen, weil da hängen Geld und Kosten daran...“	
II. Auswirkungen auf die Soziale Arbeit	„Also man muss sagen, dass vor allen Dingen der finanzielle Aspekt die Arbeit schon auch beeinflusst, weil viele weitere Schritte, die nach der Finanzierung folgen davon beeinflusst werden.“	Faktor Finanzierung beeinflusst Arbeit stark	„...vor allen Dingen der finanzielle Aspekt die Arbeit schon auch beeinflusst, weil viele weitere Schritte, die nach der Finanzierung folgen davon beeinflusst werden.“	B1, Z. 40 ff
	„Also wenn ich jetzt wieder das Beispiel Rehabilitation nehme, sind wir darauf angewiesen zu warten bis der Kostenträger das Ganze genehmigt, um den Patienten dann in die Rehabilitation entlassen zu können. Wird das nicht genehmigt geht es in den Widerspruch. Dann gibt es da noch einen langen Rattenschwanz, der damit hinterherkommt. Das beeinflusst und bremst dann schon auch den Arbeitsalltag aus und das ist jetzt auch nur ein Beispiel von Vielen.“	Beeinflussung und Ausbremsung des Arbeitsalltages durch Faktor Finanzierung	„Das beeinflusst und bremst dann schon auch den Arbeitsalltag aus...“	B1, Z. 42-47.
	„Und es ist ja auch gerade bei den Frührehabilitationen zum Beispiel, also alles, was jetzt mit neurologischer Rehabilitation zutun hat oder Patienten, die zum Beispiel einen Schlaganfall hatten, die auf der	Verweildauer wird ebenfalls durch Faktor Finanzierung beeinflusst	„es ist auch so ein Problem denke ich manchmal, weil auf der einen Seite können sie nicht so lange im Krankenhaus bleiben, weil das ja	B1, Z. 75-83.

	<p>Intensivstation liegen, die beatmet werden, die fangen in einer ganz niedrigen Rehabilitationsphase an und da dauert die gesamte Rehabilitation bis zu sechs Wochen und die haben ja von den ersten Wochen auch überhaupt nichts, weil die ja überhaupt noch gar nicht wiederhergestellt sind und noch gar nicht wieder können. Das ist schwierig und es ist auch so ein Problem denke ich manchmal, weil auf der einen Seite können sie nicht so lange im Krankenhaus bleiben, weil das ja auch wieder eine Kostenfrage ist...“</p>		<p>auch wieder eine Kostenfrage ist...“</p>	
3. Chancen der Ökonomisierung	<p>„Naja, also ich würde schon sagen, dass wir sehr effektiv arbeiten. Also weil der Prozess immer mehr spezifiziert und vor allem auch immer mehr digitalisiert wird und alles auch viel, viel schneller geht, wenn man online schnell etwas eintippen kann, Anträge online ausfüllt...“</p> <p>„...und auch was die Entlassung nach Hause betrifft, ist es auch so, dass wir auch ein großes Netzwerk haben, wo wir auch viel die Patienten weitervermitteln können, auch außerhalb an Sozialarbeiter und wo sich da auch einfach viel mehr entwickelt, was früher gar nicht so wahr, also Palliativdienste zum Beispiel, ambulante und so. Also ja wie gesagt, die Zusammenarbeit mit denen, das macht das Ganze schon effektiver und effizienter und für den Patienten angenehmer, auf jeden Fall.“</p>	<p>Effektive Arbeiten durch Digitalisierung und Spezifizierung des Prozesses</p> <p>Ausbau der Netzwerkarbeit</p> <p>Zusammenarbeit mit beispielsweise ambulanten und Palliativdiensten macht Arbeit effektiver und effizienter</p>	<p>„...weil der Prozess immer mehr spezifiziert und vor allem auch immer mehr digitalisiert wird und alles auch viel, viel schneller geht...“</p> <p>„...und auch was die Entlassung nach Hause betrifft, ist es auch so, dass wir auch ein großes Netzwerk haben, wo wir auch viel die Patienten weitervermitteln können...“</p> <p>„...also Palliativdienste zum Beispiel, ambulante und so. Also ja wie gesagt, die Zusammenarbeit mit denen,</p>	<p>B1, Z. 95-98.</p> <p>B1, Z. 98-103.</p>

			das macht das Ganze schon effektiver und effizienter und für den Patienten angenehmer...“	
4. Risiken der Ökonomisierung	<p>„Also ich denke, dass die Soziale Arbeit vielleicht ein bisschen verloren geht, kann man mal sagen. Also klar ist es gut, wenn viel digitalisiert wird und wenn die Arbeitsabläufe effektiv und effizient gestaltet werden und vermeintlich zeitsparender sein soll, aber trotzdem habe ich das Gefühl, werden die bürokratischen Abläufe immer umfangreicher.“</p> <p>„Und ich denke auch, das wird für die Patienten, also wenn ich jetzt einfach mal von meiner Klientel ausgehe, was schon so Patienten sage ich mal ab 60 aufwärts ist, das ist für die dann auch sehr befremdlich, wenn man dort mit einem Computer sage ich jetzt mal ankommt und ja, das ist schwierig. Da muss man einfach für sich so ein bisschen den Weg finden, dass man die Soziale Arbeit trotzdem aufrechterhält.“</p>	<p>Gefahr, dass Soziale Arbeit durch Bürokratie verdrängt wird</p> <p>Digitalisierung könnte auf ältere Patienten befremdlich wirken</p>	<p>„...aber trotzdem habe ich das Gefühl, werden die bürokratischen Abläufe immer umfangreicher.“</p> <p>„...was schon so Patienten sage ich mal ab 60 aufwärts ist, das ist für die dann auch sehr befremdlich, wenn man dort mit einem Computer sage ich jetzt mal ankommt...“</p>	<p>B1, Z. 107-111.</p> <p>B1, 121-125.</p>
5. Tripelmandat	/	/	/	/

<p>6. Persönlicher Umgang mit Ökonomisierung</p>	<p>„Also letztendlich ist es schwierig, weil uns ja quasi auch sozusagen die Hände ein Stück weit gebunden sind. Also wir haben ja auch die Richtlinien und letztendlich können wir wenig gegen Entscheidungen von Kostenträgern machen ganz klar, aber natürlich versuchen wir trotzdem für die Rechte des Patienten einzustehen und dafür auch ein Stück weit zu kämpfen und vielleicht auch ein Stück weit gegen die Ökonomisierung, was jetzt den finanziellen Aspekt betrifft vorzugehen. Aber ansonsten versuchen wir natürlich trotzdem auch da effektiv zu arbeiten, effizient zu arbeiten, aber eben immer mit dem Blick auf die Soziale Arbeit, auf die Bedürfnisse des Patienten. Ich persönlich lebe nach dem Motto sage ich jetzt mal oder versuche das so umzusetzen, dass wenn ich merke, ein Patient hat mehr Redebedarf mir dann auch die Zeit zu nehmen, wenn ich sie habe und mir das einfach anzuhören oder dann eben denjenigen weiterzuleiten an andere Professionen, die da ebenfalls unterstützen können.“</p> <p>„Sie hatte einen Patienten der unversichert war, also der keine Krankenversicherung hatte und da ist natürlich die Frage was passiert jetzt mit ihm? Wer bezahlt die Kosten? Und das ging ganz oft hin und her und der Eine wusste das, der Andere wusste das und letztendlich hat die Station bei meiner Kollegin angerufen und hat meine Kollegin</p>	<p>Wenig Handlungsspielraum bei Entscheidungen von Kostenträgern</p> <p>Eintreten für die Rechte der Patient*innen und gegen Faktor Finanzierung</p> <p>Effektives und effizientes Arbeiten, aber bedürfnisorientiert</p> <p>Grenzfälle im Krankenhaus immer moralische Herausforderung</p>	<p>„Also wir haben ja auch die Richtlinien und letztendlich können wir wenig gegen Entscheidungen von Kostenträgern machen ganz klar...“</p> <p>„...aber natürlich versuchen wir trotzdem für die Rechte des Patienten einzustehen und dafür auch ein Stück weit zu kämpfen und vielleicht auch ein Stück weit gegen die Ökonomisierung, was jetzt den finanziellen Aspekt betrifft vorzugehen.“</p> <p>„Aber ansonsten versuchen wir natürlich trotzdem auch da effektiv zu arbeiten, effizient zu arbeiten, aber eben immer mit dem Blick auf die Soziale Arbeit, auf die Bedürfnisse des Patienten.“</p> <p>„...das ist so eine ethisch moralische Frage eigentlich, aber für uns stand die Frage nicht zur Debatte...“</p>	<p>B1, Z. 148-159.</p> <p>B1, Z. 166-179.</p>
--	---	---	--	---

	Rahmen handeln kann und alles andere leider dem Patienten überlassen werden muss.“		machen oder außerhalb etwas für den Patienten klären.“	
7. Erfahrungen in ähnlichen Einrichtungen	<p>„Mehr Einblick habe ich dann eher so in die Krankenkassen, dass oftmals aus für uns unerklärlichen Gründen, zum Beispiel Rehabilitationen abgelehnt werden. Wo wir dann den Eindruck bekommen, dass die Krankenkasse vielleicht sagt, okay der Patient ist zu fit, warum sollen wir dann Geld für ihn ausgeben, so nach dem Motto oder einfach willkürlich Sachen abgelehnt werden, um dahingehend einfach auch Geld zu sparen.“</p> <p>„Wie das jetzt in den Rehakliniken gehandhabt wird, da kann ich nicht so viel dazu sagen, weil sich die Rehakliniken mit den Kostenträgern auseinandersetzen und weniger mit uns. Aber natürlich brauchen die auch die Zusage vom Kostenträger, um den Patienten aufnehmen zu können. Also wenn die Krankenkasse jetzt nein sagt, sagt auch die Rehaklinik nein, weil die Kosten natürlich abgedeckt werden müssen.“</p>	<p>Vermutung, dass Krankenkassen aus Kostengründen einige Anträge ablehnen</p> <p>Auch Rehakliniken müssen sich mit Kostenträgern auseinandersetzen</p> <p>Kosten müssen abgedeckt sein, um eine Rehabilitation durchzuführen</p>	<p>„...okay der Patient ist zu fit, warum sollen wir dann Geld für ihn ausgeben, so nach dem Motto oder einfach willkürlich Sachen abgelehnt werden, um dahingehend einfach auch Geld zu sparen.“</p> <p>„...weil sich die Rehakliniken mit den Kostenträgern auseinandersetzen und weniger mit uns.“</p> <p>„Also wenn die Krankenkasse jetzt nein sagt, sagt auch die Rehaklinik nein, weil die Kosten natürlich abgedeckt werden müssen.“</p>	<p>B1, Z. 55-60.</p> <p>B1, Z. 60-65.</p>
8. Veränderungen durch die Pandemie	„Das ist auch zum Beispiel jetzt in Zeiten von Corona haben wir selbst schon gesagt, das was wir hier eigentlich gerade machen hat wenig mit Sozialer Arbeit zu tun, weil wir vermeiden erstens den Kontakt zum Patienten, was eigentlich das Schlimmste ist, was man	Ausnahmestand durch Pandemie	„...weil wir, so ist es aber rechtlich auch gerade vorgesehen das kann man machen, unterschreiben Anträge für Patienten. Was	B1, Z. 132-142.

	<p>in dem Arbeitsfeld machen kann, weil wir, so ist es aber rechtlich auch gerade vorgesehen das kann man machen, unterschreiben Anträge für Patienten. Was eigentlich gar nicht so richtig geht. Alles ist nur so ganz schnell über Angehörige und wenig das Gespräch mit dem Patienten, was uns auch im Team gesehen schon auch schwerfällt. Man möchte sich selbst zwar auch schützen, aber gerade in solchen Situationen, wo Soziale Arbeit vielleicht auch eigentlich einen besonderen Stellenwert hätte. Das wird da vergessen irgendwie oder so ein bisschen unterdrückt einfach, weil es aber eben auch nicht anders geht.“</p> <p>„Also es ist so, dass sich die Situation schon verändert hat, einfach auch deshalb, weil teilweise Stationen auch geschlossen wurden, die sozusagen für die Pandemiefälle aufgehoben wurden. Da viele, sagen wir mal Rechte außer Kraft gesetzt wurden, eben wie zum Beispiel, dass wir als Sozialdienst für die Patienten Anträge unterschreiben</p>	<p>Kontakt zu Patient*innen wird vermieden</p> <p>Entlassmanagement über Angehörige</p> <p>Selbstschutz sehr wichtig</p> <p>Situation in der Soziale Arbeit hohen Stellenwert hat, ist S.A. schwierig</p> <p>Stationen wurden für Coronabetten geschlossen</p> <p>Veränderung der rechtlichen Lage</p>	<p>eigentlich gar nicht so richtig geht.“</p> <p>„...weil wir vermeiden erstens den Kontakt zum Patienten...“</p> <p>„Alles ist nur so ganz schnell über Angehörige und wenig das Gespräch mit dem Patienten...“</p> <p>„Man möchte sich selbst zwar auch schützen...“</p> <p>„...aber gerade in solchen Situationen, wo Soziale Arbeit vielleicht auch eigentlich einen besonderen Stellenwert hätte. Das wird da vergessen irgendwie oder so ein bisschen unterdrückt einfach, weil es aber eben auch nicht anders geht.“</p> <p>„...weil teilweise Stationen auch geschlossen wurden, die sozusagen für die Pandemiefälle aufgehoben wurden.“</p>	<p>B1, Z. 203-227.</p>
--	--	--	--	------------------------

	<p>dürfen. Es wurden die Kostenzusagen teilweise verlängert, weil auch einfach die Aufnahmetermine nach hinten verschoben wurden, in Rehakliniken. Ich finde auch gerade im onkologischen Bereich hat man Angst zum Patienten zu gehen, weil man weiß, dass das Immunsystem sowieso schon geschwächt ist, der Patient bekommt eine Chemotherapie und jetzt geht man noch dorthin. Man weiß ja gar nicht bei wem man vorher war, was derjenige vielleicht hatte. Wir waren auch oft bei Patienten die negativ waren und am nächsten Tag positiv getestet. Das ist ein bisschen schwierig, aber wir versuchen trotzdem, natürlich mit Bedacht darauf uns selbst zu schützen, so viel Kontakt mit dem Patienten wie möglich zu haben, um dort überhaupt bedürfnisorientiert handeln zu können. Klar kann man auch einfach nur mit den Angehörigen sprechen, aber das müssen dann trotzdem noch nicht die Bedürfnisse des Patienten sein und solange diese ansprechbar sind, orientiert sind, dann zählt das was der Patient möchte und nicht was Angehörige oder Ärzte wollen. Sofern natürlich das Leben nicht gefährdet ist. Aber das ist schon sehr, sehr einschränkend und auch seitens der Patienten, die dann oft auch sehr viel Rebedarf haben, einfach auch weil sie einsam sind. Es darf kein Besuch kommen und gerade bei schwerstkranken Patienten werden manchmal Ausnahmen gemacht, aber auch nicht immer und das ist für beide Seiten</p>	<p>Finanzierung seitens der Krankenkassen entspannter</p> <p>Verzögerungen bei Aufnahmetermine in Rehabilitation</p> <p>Abwägung Selbstschutz und Patientenkontakt</p> <p>Druck Patienten schnellstmöglich zu entlassen, für freie Betten ist noch höher</p>	<p>„Da viele, sagen wir mal Rechte außer Kraft gesetzt wurden, eben wie zum Beispiel, dass wir als Sozialdienst für die Patienten Anträge unterschreiben dürfen.“</p> <p>„Es wurden die Kostenzusagen teilweise verlängert, weil auch einfach die Aufnahmetermine nach hinten verschoben wurden, in Rehakliniken.“</p> <p>„...wir versuchen trotzdem, natürlich mit Bedacht darauf uns selbst zu schützen, so viel Kontakt mit dem Patienten wie möglich zu haben...“</p> <p>„Da auch denen auch sehr, sehr viel Druck lastet, dass die Patienten schnell entlassen werden, um eben Betten zu haben, falls doch wieder eine dritte Welle kommt.“</p>	
--	--	--	--	--

	schwierig, sowohl für die Patienten als auch für uns, aber auch für die Ärzte. Da auch denen auch sehr, sehr viel Druck lastet, dass die Patienten schnell entlassen werden, um eben Betten zu haben, falls doch wieder eine dritte Welle kommt.“			
--	---	--	--	--

Kategorisierung Tabelle I2

Kategorie	Aussagen	Paraphrase/Generalisierung	Ankerbeispiel	Sprecher-ID, Zeilenangabe
1. Ökonomisierung in der Einrichtung	<p>„Grundsätzlich ist es so, dass die Ökonomisierung sich in alle Lebensbereiche von uns ausbreitet. Ich bin jetzt nicht vom Controlling oder der Verwaltung, sondern der Leiter vom Sozialdienst hier im Haus und da kann man das so allgemein sagen, dass die Ökonomisierung und Verwirtschaftlichung im Gesundheitssystem natürlich bekannt ist und ich denke auch das Krankenhaus nun mittlerweile als Teil des Marktes, das sich behaupten muss als Standardbehauptung für die Region, das ist entscheidend. Das sind so dezentrale Aufgaben, also dass man nicht mehr nur Medizin machen kann, an sich.“</p> <p>„Das wird man dann auch in der Literatur merken, dass sozusagen immer mehr Kliniken in der Leitungsstruktur da sehr verwirtschaftlicht sind und das, was früher sozusagen eine ärztliche Leitung war, da hatten die Krankenhäuser eine ärztliche Leitung und eine Daseinsfürsorge, da würden jetzt diese wirtschaftlichen Prinzipien eine riesige Rolle spielen und das ist generell auch in unserem Haus so, weil wir doch den Vorteil haben, dass wir jetzt keine große Gruppe wie I. im Hintergrund haben, sondern hier eine</p>	<p>Ökonomisierung in allen Bereichen des Krankenhauses</p> <p>Eine dezentrale Aufgabe eines Krankenhauses sich am Markt zu behaupten</p> <p>Vorteil Ärztliche Leitung</p> <p>Eher Struktur, Haltung und Rahmen als Gewinnmaximierung</p>	<p>„Grundsätzlich ist es so, dass die Ökonomisierung sich in alle Lebensbereiche von uns ausbreitet.“</p> <p>„...ich denke auch das Krankenhaus nun mittlerweile als Teil des Marktes, das sich behaupten muss als Standardbehauptung für die Region, das ist entscheidend. Das sind so dezentrale Aufgaben, also dass man nicht mehr nur Medizin machen kann, an sich.“</p> <p>„...das ist generell auch in unserem Haus so, weil wir doch den Vorteil haben, dass wir jetzt keine große Gruppe wie I. im Hintergrund haben, sondern hier eine ärztliche Leitung als eine GmbH...“</p> <p>„...von daher jetzt nicht diese Gewinnmaximierung,</p>	<p>B2, Z. 14-21.</p> <p>B2, Z. 21-28.</p>

	<p>ärztliche Leitung als eine GmbH von daher jetzt nicht diese Gewinnmaximierung, sondern eher die Struktur, Haltung und Rahmen.“</p> <p>„Wie gesagt, es gibt Probleme, die im Gesundheitswesen allgemein üblich sind, also beispielsweise der Fachkräftemangel. Die muss man dann gut finanzieren, damit man die Fachkräfte hält, das widerspricht dann wieder ökonomisch zu arbeiten. Das ist für die Klinikbetreiber immer ein bisschen schwierig. Das ist das eine, also es sind sicherlich offensichtliche Dinge oder mit den wenigen Fachkräften dann ökonomisch arbeiten, also eher effektiv anstatt wirtschaftlich.“</p> <p>„Was dann der zweite Blick ist, ist hinzuschauen was ist nicht mehr da? Also es sind die Dinge, wie man beispielsweise in anderen Kliniken merkt was jetzt bekannt ist, dass die Geburtenkreissäle, die überall schließen, weil sie eben nicht wirtschaftlich sind. Dafür bin ich jetzt noch nicht so lang hier im Haus, um zu erklären welche Bereiche gesichert sind und welche Bereiche geschlossen wurden sind, da müsste man jetzt genau in der Geschichte des Hauses gucken, aber das ist sicherlich auch ein Punkt, wo die Ökonomisierung eine Rolle gespielt hat. Also wenn ich mit längeren Mitarbeitern hier im Haus spreche, gab es hier zeitweise mal ein anderes Portfolio im Klinikum und das sehe ich</p>	<p>Problem Fachkräftemangel</p> <p>Personal höhere Finanzierung ≠ ökonomisch</p> <p>Mit wenigen Fachkräften ökonomisch arbeiten = eher effektiv anstatt wirtschaftlich</p> <p>Fokus auf geschlossene Stationen richten, z.B. Geburtstationen ≠ wirtschaftlich</p> <p>Eigene Einrichtung hatte anderen Aufbau</p>	<p>sondern eher die Struktur, Haltung und Rahmen.“</p> <p>„...also beispielsweise der Fachkräftemangel. Die muss man dann gut finanzieren, damit man die Fachkräfte hält, das widerspricht dann wieder ökonomisch zu arbeiten.“</p> <p>„...mit den wenigen Fachkräften dann ökonomisch arbeiten, also eher effektiv anstatt wirtschaftlich.“</p> <p>„Also es sind die Dinge, wie man beispielsweise in anderen Kliniken merkt was jetzt bekannt ist, dass die Geburtenkreissäle, die überall schließen, weil sie eben nicht wirtschaftlich sind.“</p> <p>„Also wenn ich mit längeren Mitarbeitern hier im Haus spreche, gab es hier zeitweise mal ein anderes Portfolio im Klinikum...“</p>	<p>B2, Z. 30-36.</p> <p>B2, Z. 36-45.</p>
--	--	--	---	---

	<p>jetzt zwar direkt nicht, aber das hat sicherlich eine Auswirkung von den DRGs was sich rechnet und was sich nicht rechnet.“</p>			
<p>2. Beeinflussende Faktoren für die Ökonomisierung I. Faktoren der Ökonomisierung</p>	<p>„Naja der Klassiker ist ja dieser DRG seit 2003. Das ist der Sinn und Zweck der Politik da schon gewesen sozusagen das Gesundheitswesen wirtschaftlicher zu gestalten. Die DRG hat einen wesentlichen Einfluss auf die Liegezeit der Patienten, die im Laufe der Zeit immer kürzer wird. Das hängt aber mit dem System zusammen. Also sie haben in dem Bereich der DRG eine mittlere Verweildauer und eine Spanne nach oben, eine Spanne nach unten und sie werden von der Kasse oder vom Kostenträger belohnt, wenn die Spanne unten ist. Damit führt das für viele Krankheiten oder für viel DRG-gelistete Krankheiten dazu, dass die Kliniken natürlich sehr interessiert sind die Zeiten zu verkürzen und das würde dann statistisch bedeuten, dass die mittlere Verweildauer sich immer mehr nach unten gesenkt hat und wir jetzt in den Bereich kommen, der sich in der Fachliteratur blutige Entlassung nennt, also bei orthopädischen Operationen und so weiter. Das macht natürlich Druck auf das System, weil alles schneller laufen muss, die Liegezeit kürzer ist und das steigert dann wiederum die Anforderungen in der Nachsorge und so weiter.“</p>	<p>Einführung des DRG 2003 → Ziel der Politik Gesundheitswesen zu verwirtschaftlichen</p> <p>DRG beeinflusst Liegezeiten wesentlich → werden immer kürzer</p> <p>Belohnung für kürzere Liegezeit bei Krankheiten</p> <p>„Blutige Entlassung“ in Orthopädie</p>	<p>„...der Klassiker ist ja dieser DRG seit 2003. Das ist der Sinn und Zweck der Politik da schon gewesen sozusagen das Gesundheitswesen wirtschaftlicher zu gestalten.“</p> <p>„Die DRG hat einen wesentlichen Einfluss auf die Liegezeit der Patienten, die im Laufe der Zeit immer kürzer wird.“</p> <p>„...sie werden von der Kasse oder vom Kostenträger belohnt, wenn die Spanne unten ist.“</p> <p>„...das würde dann statistisch bedeuten, dass die mittlere Verweildauer sich immer mehr nach unten gesenkt hat und wir jetzt in den Bereich kommen, der sich in der Fachliteratur blutige Entlassung nennt, also bei orthopädischen Operationen...“</p>	<p>B2, Z. 49-62.</p>

	<p>„Was entscheidend ist in diesen Bereichen ist, wie ich oben schon gesagt habe, dass dieser Transfer von dieser wohlfahrtlichen Daseinsfürsorge vom Gesundheitswesen oder vom Krankenhaus in diese marktwirtschaftliche Orientierung reinrutscht, dass der Patient dann sozusagen dort nicht nur seine Gesundheit wiederbekommen soll, sondern auch das Klinikum oder der jeweilige Krankenhausträger dann auch dementsprechend seine Finanzierung erhält, seine Mitarbeiter finanziert und so weiter. Also das ist dann der ganze Zyklus. Insofern werden ja da Leitlinienstandards und Anforderungen geschaffen, die da sozusagen Mindeststandards festlegen...“</p>	<p>Druck auf das System</p> <p>Marktwirtschaftliche Orientierung fließt immer mehr in wohlfahrtliche Daseinsfürsorge vom Gesundheitssystem ein</p> <p>Alleinige Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten nicht mehr vordergründig → Finanzierung der Einrichtung</p> <p>Standards und Anforderungen werden geschaffen + legen Mindeststandards fest</p>	<p>„Das macht natürlich Druck auf das System, weil alles schneller laufen muss, die Liegezeit kürzer ist und das steigert dann wiederum die Anforderungen in der Nachsorge und so weiter.“</p> <p>„...dieser Transfer von dieser wohlfahrtlichen Daseinsfürsorge vom Gesundheitswesen oder vom Krankenhaus in diese marktwirtschaftliche Orientierung reinrutscht...“</p> <p>„...der Patient dann sozusagen dort nicht nur seine Gesundheit wiederbekommen soll, sondern auch das Klinikum oder der jeweilige Krankenhausträger dann auch dementsprechend seine Finanzierung erhält, seine Mitarbeiter finanziert und so weiter.“</p> <p>„Insofern werden ja da Leitlinienstandards und Anforderungen geschaffen, die da sozusagen Mindeststandards festlegen...“</p>	<p>B2, Z. 62-69.</p>
--	--	---	---	----------------------

3. Chancen der Ökonomisierung	<p>„Ökonomisierung ist wie gesagt Wirtschaftlichkeit, wenn man das jetzt unter dem Aspekt sieht. Da ist es so, dass wir beispielsweise viele Methodiken dann aus dem Managementbereich, wenn wir Sozialmanagement nehmen, aber die kommen eigentlich aus dem Managementbereich mit einführen und wenn man da einen Vorteil sehen möchte, aus unserer Sicht der Sozialen Arbeit ist die es SMART-Regelung, also die Methodik der SMART-Führung. Ich glaube das ist etwas, wenn man Behandlungsziele ziemlich konkretisiert, also spezifisch macht, sie messbar macht. Dann ist zwar die Frage was ist das Messinstrument, also das sollte jetzt nicht eine Fallzahl sein oder eine Bettenzahl und Umsatzzahl. Es gibt auch soziale Indikationen, die man nutzen kann. Wie gesagt, die aktuelle Situation haben wir ja, real muss es erreichbar sein und terminiert ist, nicht DRG terminiert ist. Das bedeutet, dass wir uns da zielgerichtet bewegen können. Insofern ist das mal eine Situation, die eine Grenze setzt und eine Zielrichtung herbeiführen kann. Also das ist eine Methodik, die da hilft durch die Ökonomisierung, dass wir wirklich eine terminierte, strikte Arbeit machen. Sonst sind wir da in der Sozialen Arbeit ein bisschen in Gefahr alle Seiten zu</p>	<p>SMART-Methode, um Behandlungsziele festzulegen</p> <p>Frage nach dem Messinstrument, z.B. soziale Indikationen</p> <p>Methode setzt Grenzen + legt Zielrichtung fest</p> <p>Problematik der S.A. durch ganzheitliche Betrachtung nicht weiterzukommen</p>	<p>„...wenn man da einen Vorteil sehen möchte, aus unserer Sicht der Sozialen Arbeit ist es die SMART-Regelung, also die Methodik der SMART-Führung.“</p> <p>„Dann ist zwar die Frage was ist das Messinstrument, also das sollte jetzt nicht eine Fallzahl sein oder eine Bettenzahl und Umsatzzahl. Es gibt auch soziale Indikationen, die man nutzen kann.“</p> <p>„Insofern ist das mal eine Situation, die eine Grenze setzt und eine Zielrichtung herbeiführen kann.“</p> <p>„Sonst sind wir da in der Sozialen Arbeit ein bisschen in Gefahr alle Seiten zu beleuchten und dann keinen Schritt vorwärtszukommen.“</p>	B2, Z. 140-156.

	<p>beleuchten und dann keinen Schritt vorwärtszukommen. Insofern ist das schon ein großer Part.“</p> <p>„Chancen? Ich sehe es immer systemisch, es ist beispielsweise so, dass Ärzte, wie ich es vorhin schon gesagt habe, von Managern in der Führung oft abgelöst werden so perspektivisch und dass sie mit den Managern völlig verschiedene Positionen haben, was eine Gesundheitssituation betrifft. Ärzte setzen sich eher mit der Sozialen Arbeit auseinander, also sie gehen eher auf uns zu oder man betrachtet die ganzheitliche Situation miteinander, also das führt eher zu einer Verbindung zwischen ärztlicher Profession und unserer Profession, eben auch weil wir Unterstützer sind, um auch diese Ziele der Liegezeit zu erreichen. Also das ist den Ärzten schon bewusst geworden, dass eine gute Nachsorgeplanung mit uns wichtig ist, damit auch seine Liegezeit für den Patienten nicht zu lang wird. Das spürt man schon, das hat bestimmte Grenzen aufgeweicht. Das ist eine Folge dieses Systems.“</p>	<p>Folge dieses Systems ist, dass die Ärzte sich eher mit der Profession S.A. auseinandersetzen</p> <p>Bestimmte Grenzen werden aufgeweicht</p>	<p>„- Ärzte setzen sich eher mit der Sozialen Arbeit auseinander, also sie gehen eher auf uns zu oder man betrachtet die ganzheitliche Situation miteinander, also das führt eher zu einer Verbindung zwischen ärztlicher Profession und unserer Profession...“</p> <p>„Das spürt man schon, das hat bestimmte Grenzen aufgeweicht.“</p>	<p>B2, Z. 156-166.</p>
<p>4. Risiken der Ökonomisierung</p>	<p>„Na die Risiken, das habe ich vorhin schon mit gesagt, das ist diese Fragmentierung des Behandlungsprozesses. Wir optimieren den Behandlungsprozess, wir müssen den Patienten auf die Krankheit reduzieren, die wir in einer bestimmten Zeit bearbeiten müssen oder behandeln müssen. Der Patient ist</p>	<p>Fragmentierung des Behandlungsprozesses</p> <p>Patient*in wird auf Krankheit reduziert, während Behandlungsprozess optimiert wird</p>	<p>„...das ist diese Fragmentierung des Behandlungsprozesses.“</p> <p>„Wir optimieren den Behandlungsprozess, wir</p>	<p>B2, 170-194.</p>

	<p>sozusagen zu einem Wirtschaftsgut geworden und das kann man sagen Krankenhäuser müssen sich auch an einer Kundenbindung orientieren, was jetzt natürlich dem präventiven Anteil der Sozialen Arbeit entgegenpricht. Wir möchten eigentlich nicht, dass der Patient wieder krank wird, ich meine wir möchte auch nicht, dass wenn wir Patienten behandeln, sie wieder krank werden, aber es gibt da wenig Einfluss auf diesen abgegrenzten Prozess nur diese eine Behandlung zu machen, dann dort eine präventive Weiterarbeit zu leisten. Da ist die Frage, ob das Aufgabe des Krankenhauses ist, es ist ein Akuthaus und man soll akut behandeln, wo wir uns da abgrenzen. Aber perspektivisch ist es so, dass wir da durch diese Fragmentierung wirklich nur so kurz schauen können und je kürzer die Liegezeit ist, umso kürzer ist auch der Einfluss von uns Sozialarbeitern auf die Patienten. Die ganze Anamnese wird dann auch zu kurz. Also das ist glaube ich ein großes Problem, dass wir nur noch nach Mindeststandards diese Dinge abarbeiten, erfolgreich entlassen, wie es sozusagen der Gesetzgeber und die Leitlinien von uns verlangen, damit auch bei der Finanzierung das volle Geld kommt. Wobei, wie gesagt kann man das so böse ausdrücken, aber natürlich sind die Mitarbeiter in einem Krankenhaus, Ärzte, Schwestern oder der Sozialdienst und andere nach wie vor Gesundheitsmenschen, die im sozialen</p>	<p>Patient*in wird zum Wirtschaftsgut</p> <p>Krankenhäuser müssen sich an Kundenbindung orientieren Aber eigentlich möchte man Patient*innen präventiv behandeln</p> <p>Je kürzer Liegezeit desto kürzer Einfluss von Sozialdienst → zu kurze Anamnese ist Folge</p> <p>Behandlung erfolgt nur nach Mindeststandards vom Gesetzgeber, um volle Finanzierung zu erhalten</p>	<p>müssen den Patienten auf die Krankheit reduzieren...“</p> <p>„Der Patient ist sozusagen zu einem Wirtschaftsgut geworden...“</p> <p>„...Krankenhäuser müssen sich auch an einer Kundenbindung orientieren, was jetzt natürlich der präventive Anteil der Sozialen Arbeit entgegenpricht. Wir möchten eigentlich nicht, dass der Patient wieder krank wird...“</p> <p>„...da durch diese Fragmentierung wirklich nur so kurz schauen können und je kürzer die Liegezeit ist, umso kürzer ist auch der Einfluss von uns Sozialarbeitern auf die Patienten. Die ganze Anamnese wird dann auch zu kurz.</p> <p>„...dass wir nur noch nach Mindeststandards diese Dinge abarbeiten, erfolgreich entlassen, wie es sozusagen der Gesetzgeber und die Leitlinien von uns verlangen, damit auch bei</p>	
--	---	---	--	--

	<p>große Herausforderung mit der Liegezeit, mit dem Wissen, dass nicht jede Versorgung gesichert ist oder dass da noch eine größere Nachsorge notwendig ist. Das macht es ein bisschen schwierig, aber ich glaube auch und das ist auch wichtig, dass es uns hier im Haus gelungen ist mit sozialarbeiterischem Wissen und Gedanken darauf den Blick zu retten. Also ich sehe es jetzt nicht als Problem, das Tripelmandat bei uns im Haus. Wir haben durch unser Wissen und unsere Fachlichkeit viele Prozesse hier verbessert. Also zuvor war es so, dass hier eine Schwester den Sozialdienst gemacht hat, wo das noch nicht gesetzlich notwendig war und da wurden Rehabilitationsanträge gestellt und für die Verwaltung oder Leitung sah das so aus, als wäre es ein rein bürokratischer Akt, weil man weiß, man nimmt einen Antrag aus dem Schieber und dann stellt man den und dann läuft die Rehabilitation los. Also man sieht welches Wissen dahinter steckt, welcher Kostenträger stellt welche Verhandlung. Das spart Nachfragen, das macht eine direkte gute Anamnese, ist effektiver für alles, für die gesamte Nachsorge. Ich meine gut, wenn man sozialarbeiterische Diagnostik macht, einen Anamnesebogen macht hilft das in der Gesamtbehandlung weiter und das hat uns hier im Haus glaube ich schon einen guten Stellenwert eingebracht. Also wie gesagt, die sozialarbeiterische Haltung können wir hier gut ausleben und wie ich vorhin gesagt habe</p>	<p>System zu bringen, aber wichtig</p> <p>Speziell in der Einrichtung ist es gelungen den Blick zu retten</p> <p>Tripelmandat nicht als Problem in Einrichtung (Eher Vorteil der Multiprofessionalität & Interdisziplinarität)</p> <p>Durch Wissen und Fachlichkeit wurden viele Prozesse verbessert</p> <p>Anamnese + Nachsorge effektiver gestaltet → dadurch hoher Stellenwert in Institution erreicht</p>	<p>natürlich eine große Herausforderung...“</p> <p>„...ich glaube auch und das ist auch wichtig, dass es uns hier im Haus gelungen ist mit sozialarbeiterischem Wissen und Gedanken darauf den Blick zu retten.“</p> <p>„Also ich sehe es jetzt nicht als Problem, das Tripelmandat bei uns im Haus.“</p> <p>„Wir haben durch unser Wissen und unsere Fachlichkeit viele Prozesse hier verbessert.“</p> <p>„...das macht eine direkte gute Anamnese, ist effektiver für alles, für die gesamte Nachsorge.“</p> <p>„...das hat uns hier im Haus glaube ich schon einen guten Stellenwert eingebracht.“</p> <p>„...die sozialarbeiterische Haltung können wir hier gut ausleben...“</p>	
--	--	---	---	--

	<p>die Kooperation mit den Ärzten, das zu verstehen, dass wir da auch wichtig sind, eben auch für die Nachsorge, die sicherlich jetzt nicht den ganzheitlichen Blick haben, sondern die gesicherte Nachsorge sehen und uns da auch vertrauen, dass wir das angegangen sind. Also es ist für mich jetzt nicht so das Problem. Wir können uns hier gut ausleben.“</p>	<p>Sozialarbeiterische Haltung kann gut ausgelebt werden</p> <p>Vorteil für Ärzte, Sozialdienst hat gesamtheitlichen Blick auf Nachsorge → Vertrauen herrscht</p>	<p>„...die Kooperation mit den Ärzten, das zu verstehen, dass wir da auch wichtig sind, eben auch für die Nachsorge, die sicherlich jetzt nicht den ganzheitlichen Blick haben, sondern die gesicherte Nachsorge sehen und uns da auch vertrauen, dass wir das angegangen sind.“</p>	
<p>6. Persönlicher Umgang mit Ökonomisierung</p>	<p>„In der Palliativsituation gibt es solche Dinge zwischen ITS-Behandlungen, wo ich eigentlich als Nicht-Mediziner keine Behandlungsoptionen habe. Der Arzt bestimmt sozusagen, hat das Handlungsrecht und auch die Sorge und die Pflicht das zu koordinieren, dafür ist er der Arzt hier im Haus. An dieser Stelle ist immer die Frage, dort trifft sich wirklich medizinische Ethik, juristische Ethik und sozialarbeiterische Ethik aufeinander und sicherlich spielt da auch die Kostensituation eine Rolle, eine Behandlung kann gut abgerechnet werden oder nicht. In diesen Fällen ist es schon so, dass ich da eine große Position annehme, also wo es wirklich um (Diskussion? #00:21:45#) geht. Ich kann den Arzt jetzt nicht zu einer Behandlung überreden oder zur Nichtbehandlung, das nicht, aber diese Lebenswelt zu erklären was eine palliative Situation ist, was da dahinter</p>	<p>Grenzfälle in Palliativsituationen</p> <p>Medizinische, juristische und sozialarbeiterische Ethik treffen sich + Kostensituation Bestandteil davon</p> <p>Sozialdienst hilft Ärzt*innen andere Blickwinkel</p>	<p>„In der Palliativsituation gibt es solche Dinge zwischen ITS-Behandlungen, wo ich eigentlich als Nicht-Mediziner keine Behandlungsoptionen habe.“</p> <p>„...dort trifft sich wirklich medizinische Ethik, juristische Ethik und sozialarbeiterische Ethik aufeinander und sicherlich spielt da auch die Kostensituation eine Rolle, eine Behandlung kann gut abgerechnet werden oder nicht.“</p> <p>„...aber diese Lebenswelt zu erklären was eine palliative Situation ist, was da dahinter</p>	<p>B2, Z. 239-252.</p>

	<p>steht für Angehörige, für Patienten und was sein Wunsch war, das nochmal anders zu betrachten, aus einem anderen Blickwinkel zu schauen. Das kann ich sehr effektiv machen und das sind so Situationen. Also in dem Palliativbereich auf jeden Fall...“</p> <p>„...in anderen Bereichen geht es schon vorneweg los. Das ist dann hier sozusagen ein zu kurzer Prozess, um da groß Einfluss zu nehmen, kann man so sagen. Nochmal für mich ist es kein Problem. Das klingt eher so, als wäre das Tripelmandat ein Problem. Ich kann es persönlich sagen, wie wir es hier führen im Haus, unser Punkt ist eigentlich Kommunikation, Kommunikation, Kommunikation. Also wir besprechen das und wie gesagt, wie wir damit persönlich umgehen, ist, dass wir das mit den Patienten die Arztsicht einnehmen, also schon fast ein mediativer Ansatz. Deswegen sagen wir so sieht der Arzt die medizinische Sache, der sieht das bei Ihnen so und er sieht das so. Und mit den Ärzten die Lebenswelt einnehmen, warum der Hintergrund ist oder warum wir noch einen Tag länger brauchen oder dass die Person so versorgt werden muss. Also wir kommunizieren die Sichtweisen der anderen und dadurch können wir auch diese verschiedenen Positionen, die wir auch führen, machen. Das macht hier im Haus unsere sozialarbeiterische Haltung aus, die leben wir damit</p>	<p>anzunehmen → Lebenswelt der Patient*innen näherbringen</p> <p>In der Regel reicht die Zeit nicht für Diskussionen</p> <p>Tripelmandat ist kein Problem</p> <p>Basis und Schlüssel für Kooperation ist Kommunikation</p> <p>Sozialdienst vermittelt Arztsicht an Patient*innen + umgekehrt → macht sozialarbeiterische Haltung aus</p>	<p>steht für Angehörige, für Patienten und was sein Wunsch war, das nochmal anders zu betrachten, aus einem anderen Blickwinkel zu schauen. Das kann ich sehr effektiv machen...“</p> <p>„...in anderen Bereichen geht es schon vorneweg los. Das ist dann hier sozusagen ein zu kurzer Prozess, um da groß Einfluss zu nehmen...“</p> <p>„...Nochmal für mich ist es kein Problem. Das klingt eher so, als wäre das Tripelmandat ein Problem.“</p> <p>„...unser Punkt ist eigentlich Kommunikation, Kommunikation, Kommunikation. Also wir besprechen das...“</p> <p>„...wie wir damit persönlich umgehen, ist, dass wir das mit den Patienten die Arztsicht einnehmen, also schon fast ein mediativer Ansatz. Deswegen sagen wir so sieht der Arzt die medizinische Sache, der sieht das</p>	<p>B2, Z. 252-266.</p>
--	---	--	--	------------------------

	<p>auch aus. Also deswegen ist das für uns auch nicht so das große Problem, wie gesagt erstmal, weil wir nicht diesen Kostendruck haben.</p> <p>Insofern glaube ich, dass diese Anerkennung uns eher gebührt, als sie früher war und dass wie gesagt wir uns gemeinsam als Gesundheitswesen verstehen, im Gegensatz als Kontra zu den wirtschaftlichen Managementgedanken. Das ist glaube ich eher eine Verbindung, die sich da aufbaut.“</p>	<p>Kostendruck ist nicht vorhanden → entspanntere Arbeit</p> <p>Gemeinsames Verständnis als Gesundheitswesen ≠ wirtschaftliche Managementgedanken</p>	<p>bei Ihnen so und er sieht das so. Und mit den Ärzten die Lebenswelt einnehmen, warum der Hintergrund ist oder warum wir noch einen Tag länger brauchen oder dass die Person so versorgt werden muss. Also wir kommunizieren die Sichtweisen der anderen und dadurch können wir auch diese verschiedenen Positionen, die wir auch führen, machen. Das macht hier im Haus unsere sozialarbeiterische Haltung aus, die leben wir damit auch aus.“</p> <p>„Also deswegen ist das für uns auch nicht so das große Problem, wie gesagt erstmal, weil wir nicht diesen Kostendruck haben.“</p> <p>„...wir uns gemeinsam als Gesundheitswesen verstehen, im Gegensatz als Kontra zu den wirtschaftlichen Managementgedanken.“</p>	<p>B2, Z. 270-273.</p>
--	---	---	--	------------------------

<p>7. Erfahrungen in ähnlichen Einrichtungen</p>	<p>„Das erste ist erstmal, was so ein bisschen nachdenklich macht ist, dass es einfach übernommen wurden ist. Also es wird jetzt gar nicht so bewusst erkannt, dass wir diese Wirtschaftlichkeit oder diesen neoliberalen Wirtschaftsgedanken einfach so mit in unser System übernommen haben und auch die Dienste sozusagen, gerade ambulante Pflegedienste jetzt als Beispiel, sind ja von vornherein marktwirtschaftlich. Das waren die ersten die sozusagen die Sozialwirtschaft von Wohlfahrtsverbänden dann dort abgelöst haben, dass dort nicht die Wohlfahrtspflege an sich steht, sondern wirklich marktwirtschaftliche Prinzipien arbeiten. Insofern ist das für die schon immer Standard und daher auch natürlich immer mit im Hintergrund eine Rolle spielt, wenn ich einen Patienten an seinen Hilfebedarf anmelde. Da ist natürlich die nächste Frage was kann ich damit abrechnen? Das ist automatisch, also das läuft parallel ab. Der Patient wird sicherlich anerkannt und auch gesehen, aber er wird auch gleichzeitig, das ist ein und dasselbe. Da ist wie man so sagt mit der Muttermilch jetzt schon im System drin. Das ist gar nicht so bewusst, dass das ökonomische Prozesse sind.“</p> <p>„Einmal da merkt man es, das ist bei der Krankenkasse ähnlich. Auch das ist ja eigentlich ein SGB-Träger, der sozusagen auch im Sozialgesetzbuch ganz klare</p>	<p>Prinzipien der Wirtschaftlichkeit wurden einfach so übernommen</p> <p>Ambulante Pflegedienste sind von vornherein marktwirtschaftlich orientiert</p> <p>Weniger Wohlfahrtspflege an sich eher marktwirtschaftliche Prinzipien</p> <p>Ökonomische Prozesse im Gesundheitswesen präsent</p> <p>Krankenkassen haben einerseits klare Aufgaben zur Wohlfahrts- und</p>	<p>„Also es wird jetzt gar nicht so bewusst erkannt, dass wir diese Wirtschaftlichkeit oder diesen neoliberalen Wirtschaftsgedanken einfach so mit in unser System übernommen haben und auch die Dienste...“</p> <p>„...gerade ambulante Pflegedienste jetzt als Beispiel, sind ja von vornherein marktwirtschaftlich.“</p> <p>„Das waren die ersten die sozusagen die Sozialwirtschaft von Wohlfahrtsverbänden dann dort abgelöst haben, dass dort nicht die Wohlfahrtspflege an sich steht, sondern wirklich marktwirtschaftliche Prinzipien arbeiten.“</p> <p>„Auch das ist ja eigentlich ein SGB-Träger, der sozusagen auch im Sozialgesetzbuch ganz klare</p>	<p>B2, Z. 108-121.</p> <p>B2, Z. 121-130.</p>
--	---	---	--	---

	<p>Aufgaben hat zur Wohlfahrts- und Daseinsfürsorge und mit unseren Diskussionen sich da aber auch als Wirtschaftskostenträger sehr hervortut Kosten zu minimieren und da auch wie ein Privatversicherer agiert und da auch dreimal nachfragt und Dinge ablehnt. Diese Strukturen sind da natürlich schon bekannt, aber wie gesagt das ist gar nicht mehr groß im Bewusstsein. Das ist einfach etwas, wo man genau hingucken muss und achtsam darauf sein, dass es noch solche Prozesse sind. Wir haben das uns das schon sehr angewöhnt mit diesen Dingen zu leben.“</p> <p>„Bei anderen Kliniken ist es ähnlich, wie ich gerade schon gesagt habe die Grenzen sich ab. Es gibt Einrichtungen die QM, also Qualitätsmanagements eingeführt haben und solche Dinge, da muss man schauen. Da komme ich wieder, wie ich es oben gesagt habe mit diesen Mindeststandards und Leitlinien, die sind wichtig als Rahmen, aber sie verführen auch dazu, dass man nicht mehr darüber hinweg schaut. Genau das kann man schon so sagen. Also die</p>	<p>Daseinsfürsorge, ist andererseits ein Wirtschaftskostenträger</p> <p>Achtsamkeit gegenüber diesen Prozessen entwickeln</p> <p>Ähnlich in anderen Kliniken</p> <p>Mindeststandards und Leitlinien sind als Rahmen wichtig, verleiten jedoch nicht darüber zu schauen</p>	<p>Aufgaben hat zur Wohlfahrts- und Daseinsfürsorge und mit unseren Diskussionen sich da aber auch als Wirtschaftskostenträger sehr hervortut Kosten zu minimieren und da auch wie ein Privatversicherer agiert und da auch dreimal nachfragt und Dinge ablehnt.“</p> <p>„Das ist einfach etwas, wo man genau hingucken muss und achtsam darauf sein, dass es noch solche Prozesse sind. Wir haben das uns das schon sehr angewöhnt mit diesen Dingen zu leben.“</p> <p>„Bei anderen Kliniken ist es ähnlich, wie ich gerade schon gesagt habe die Grenzen sich ab.“</p> <p>„...Mindeststandards und Leitlinien, die sind wichtig als Rahmen, aber sie verführen auch dazu, dass man nicht mehr darüber hinweg schaut.“</p>	<p>B2, Z. 130-136.</p>
--	---	--	---	------------------------

	hauptsächliche Erfahrung ist, dass es sich eigentlich schon normalisiert hat.“	Erfahrung zur Normalisierung dieser Prozesse	„Also die hauptsächliche Erfahrung ist, dass es sich eigentlich schon normalisiert hat.“	
8. Veränderungen durch die Pandemie	„Die Situation hat sich extrem verändert, aber da ist glaube ich gar nicht der Punkt der Ökonomisierung das zentrale Thema, sondern es ist das System der Ressourcen, die draußen stark wechseln und ein großer Nachteil für uns als Sozialarbeiter ist die fehlende Angehörigenarbeit. Also dass die Angehörigen nicht vor Ort sind und dass wir sozusagen dieses Gespräch am Patientenbett zwischen Angehörigen und Patient und uns sozusagen da den Konsens zu finden in der Nachsorge nicht führen können, dass wir das sehr telefonisch machen und dass wir sehr viel übermitteln und das ist nicht wie die Situation vor Ort. Also das erschwert unsere Anamnese und macht die gesamte Arbeit auch sehr schwer, da wirklich eine gute Nachsorge zu organisieren. Das ist ein Problem.“	Veränderung durch Pandemie stark Aufgrund wechselnder Ressourcen, nicht Ökonomisierung Fehlende Angehörigenarbeit erschwert Anamnese + gesamte Nachsorge	„Die Situation hat sich extrem verändert...“ „...da ist glaube ich gar nicht der Punkt der Ökonomisierung das zentrale Thema, sondern es ist das System der Ressourcen, die draußen stark wechseln...“ „...ein großer Nachteil für uns als Sozialarbeiter ist die fehlende Angehörigenarbeit. Also dass die Angehörigen nicht vor Ort sind und dass wir sozusagen dieses Gespräch am Patientenbett zwischen Angehörigen und Patient und uns sozusagen da den Konsens zu finden in der Nachsorge nicht führen können, dass wir das sehr telefonisch machen und dass wir sehr viel übermitteln und das ist nicht wie die Situation vor Ort. Also das erschwert unsere	B2, Z. 282-291.

	<p>„Ein weiteres Problem war, dass die Pandemie verschiedene Phasen hat, es gibt exzessive Phasen, es gibt Phasen mit hohem Inzidenzzahlen, Phasen wo wir hier im Krankenhaus aus den Nähten geplatzt sind mit Patienten, weil sozusagen der Verschiebebahnhof das Krankenhaus war und wo wir mit der Entlassung Probleme hatten, weil Angehörige sie nicht zurücknehmen wollten, weil sie dann selbst in Quarantäne gegangen wären, aber symptomfrei waren und das Krankenhaus immer wieder den klaren Punkt hat es darf nur kranke Leute behandeln, also behandeln nicht parken. Das sind Probleme, die waren stark im Dezember da und die Kurzzeitpflegen auch keine positiven Patienten aufgenommen haben, also wo wir die Patienten hier wirklich nicht losgeworden sind in der Versorgung, also eine Nachsorge organisieren konnten, weil sich sozusagen alle Stellen gestäubt haben. Die Mitarbeiterfallzahlen sind dabei auch gestiegen, sie die Betroffenen waren und die Ressourcen in dem Haus, aber auch draußen bei den Pflegediensten knapp wurden. Also das war eine sehr, sehr schwierige Zeit und eine belastende Zeit, weil wie gesagt die Patienten nicht nach Hause wollten oder nicht konnten</p>	<p>Verschiedene Phasen der Pandemie stellen Problem dar</p> <p>Phase der Überfüllung → KH als Verschiebebahnhof Prinzip Kranke behandeln, nicht parken</p> <p>Keine Möglichkeit der Nachsorge</p> <p>Steigende Mitarbeiterfallzahlen</p> <p>Probleme im Dezember</p>	<p>Anamnese und macht die gesamte Arbeit auch sehr schwer, da wirklich eine gute Nachsorge zu organisieren.“</p> <p>„Ein weiteres Problem war, dass die Pandemie verschiedene Phasen hat...“</p> <p>„...Phasen wo wir hier im Krankenhaus aus den Nähten geplatzt sind mit Patienten, weil sozusagen der Verschiebebahnhof das Krankenhaus war...“</p> <p>„...das Krankenhaus immer wieder den klaren Punkt hat es darf nur kranke Leute behandeln, also behandeln nicht parken.“</p> <p>„... also wo wir die Patienten hier wirklich nicht losgeworden sind in der Versorgung, also eine Nachsorge organisieren konnten...“</p> <p>„Die Mitarbeiterfallzahlen sind dabei auch gestiegen...“</p>	<p>B2, Z. 291-316.</p>
--	--	--	--	------------------------

	<p>oder nachgesorgt hatten. Also das war eine starke psychische Belastung in dieser extremen Zeit. Das hat sich jetzt gerade radikal geändert, auch wenn die Inzidenzwerte wieder steigen, aber die Belastungssituation ist im Klinikum nicht mehr hoch. Was die Mitarbeiter betrifft sind wir eigentlich wieder relativ gut an Bord. Leider sind in den Pflegeheimen Patienten verstorben, dass dort jetzt in jeder Einrichtung Kapazitäten sind, dass wir permanent Anfragen bekommen, dass sie einen Platz frei haben. Also in den Einrichtungen herrscht nun ein ökonomischer Druck seine Fallzahlen zu erreichen oder ihre Betten zu belegen. Das hat für uns natürlich eine Entspannung diesbezüglich organisiert, dass wir da keinen großen Zeitaufwand haben. Wir machen einen Anruf und der Patient wird sozusagen übergeleitet und da geht alles relativ zügig. Also so wechselt das Spiel, das ist wirklich eine große wechselhafte Situation.“</p>	<p>Starke psychische Belastung</p> <p>Radikale Änderung (Stand März)</p> <p>Mitarbeiter wieder genesen</p> <p>Freie Kapazitäten in Einrichtungen (KZP, PH)</p> <p>Hoher ökonomischer Druck in Einrichtungen Betten zu belegen</p> <p>Entspannung der Situation für Sozialdienst</p>	<p>„Das sind Probleme, die waren stark im Dezember da...“</p> <p>„Also das war eine starke psychische Belastung in dieser extremen Zeit.“</p> <p>„Das hat sich jetzt gerade radikal geändert...“</p> <p>„Was die Mitarbeiter betrifft sind wir eigentlich wieder relativ gut an Bord.“</p> <p>„Leider sind in den Pflegeheimen Patienten verstorben, dass dort jetzt in jeder Einrichtung Kapazitäten sind...“</p> <p>„Also in den Einrichtungen herrscht nun ein ökonomischer Druck seine Fallzahlen zu erreichen oder ihre Betten zu belegen.“</p> <p>„Das hat für uns natürlich eine Entspannung diesbezüglich organisiert...“</p>	
--	--	---	---	--

	<p>„Aber hauptsächlich ist es für Patienten Angehörigenarbeit, also wir sind auch so ein bisschen die seelsorgerische Arbeit im Haus. Die Telefonzeit hat extrem zugenommen für Angehörige und auch Trauerarbeit ist nun wirklich nicht möglich. Also ein Patient, der auf einer Corona-Station liegt, der hat dann sozusagen keinen Zugang zu seinen Angehörigen und das ist natürlich ziemlich blöd. Für onkologische Patienten gibt es da schon Besuchsregelungen mit Ausnahmen, aber wie gesagt dort wirklich zielführend zu arbeiten ist sehr, sehr schwierig.“</p> <p>„Es ist ein sehr dynamischer Prozess mit der Pandemie. Wie gesagt ich würde jetzt nicht sagen, dass es permanent alles verschlechtert hat, wie gesagt der ökonomische Druck wechselt halt. Einmal haben wir ihn, weil wir Liegezeiten haben, jetzt haben ihn die Einrichtungen, die müssen ihre Betten belegen. Es ist leider so, dass die Dynamik immer da ist und wir müssen gucken wie das in allen Bereichen ist, wo sind die Ressourcen und wo sind die Stressoren.“</p>	<p>Insgesamt sehr wechselhafte Situation</p> <p>Mehr seelsorgerische Arbeit</p> <p>Zunahme Telefonzeit</p> <p>Trauerarbeit fällt weg</p> <p>Herausforderung zielführend zu arbeiten</p> <p>Pandemie ist ein dynamischer Prozess</p> <p>Ökonomische Druck wechselt unter Einrichtungen</p> <p>Ressourcen und Stressoren abwägen</p>	<p>„Also so wechselt das Spiel, das ist wirklich eine große wechselhafte Situation.“</p> <p>„... also wir sind auch so ein bisschen die seelsorgerische Arbeit im Haus.“</p> <p>„Die Telefonzeit hat extrem zugenommen für Angehörige...“</p> <p>„... auch Trauerarbeit ist nun wirklich nicht möglich.“</p> <p>„... dort wirklich zielführend zu arbeiten ist sehr, sehr schwierig.“</p> <p>„Es ist ein sehr dynamischer Prozess mit der Pandemie.“</p> <p>„Wie gesagt ich würde jetzt nicht sagen, dass es permanent alles verschlechtert hat, wie gesagt der ökonomische Druck wechselt halt.“</p> <p>„Es ist leider so, dass die Dynamik immer da ist und wir müssen gucken wie das in allen Bereichen ist, wo</p>	<p>B2, Z. 316-322.</p> <p>B2, Z. 322-327.</p>
--	---	--	--	---

	<p>„Und wie gesagt die ökonomische Geschichte oder diese ganze Wirtschaftlichkeit ist einer der Faktoren, aber es hindert uns hier an der Arbeit eigentlich nicht den Patienten ganzheitlich zu sehen mit seiner Biografie und seinen Dingen. In so einer Kleinstadt wie E. ist das sowieso noch so, dass wir Patienten öfters sehen oder wiedersehen. Das hat schon einen Vorteil, dass wir hier nicht so fragmentiert sind. Ich denke es ist in einem großen Unikrankenhaus oder so, da würde jetzt eine ganz andere Antwort kommen. Von der Organisation her, vom Management her, von den ganzen Dingen her, da wird das fragmentierter sein. Hier sind wir Gott sei Dank in dem Arbeitsfeld, was jetzt ist, um wieder die zweieinhalb Jahre zu betonen, relativ stabil. Also ich kann nicht sagen, dass wir jetzt große Veränderungen hatten. Wir hatten die Liegezeitveränderungen zwischenzeitlich mal für die orthopädischen Patienten. Da wurde von zwölf Tagen auf sieben Tage verkürzt, weil andere Kliniken nicht operiert haben, um da hinterher zu kommen oder beziehungsweise, weil die Betten mit Coronapatienten schon belegt waren und da die Fallzahl wiederholt werden muss. Das bedeutete, dass wir viel schneller mit der Rehabilitation arbeiten mussten, aber da wiederum die Ressource hatten, dass wir eines der</p>	<p>Wirtschaftlichkeit ist Faktor, aber kein Hindernis für S.A.</p> <p>Vorteil der geringen Fragmentierung</p> <p>Liegezeitverkürzungen bei orthopädischen OPs, um Coronabetten freizuhalten (= Stressor)</p> <p>KH führte OPs durch → Rehas hatten Kapazität (= Ressource)</p>	<p>sind die Ressourcen und wo sind die Stressoren.“</p> <p>Und wie gesagt die ökonomische Geschichte oder diese ganze Wirtschaftlichkeit ist einer der Faktoren, aber es hindert uns hier an der Arbeit eigentlich nicht den Patienten ganzheitlich zu sehen mit seiner Biografie und seinen Dingen.“</p> <p>„Das hat schon einen Vorteil, dass wir hier nicht so fragmentiert sind.“</p> <p>„Wir hatten die Liegezeitveränderungen zwischenzeitlich mal für die orthopädischen Patienten. Da wurde von zwölf Tagen auf sieben Tage verkürzt...“</p> <p>„Das bedeutete, dass wir viel schneller mit der Rehabilitation arbeiten mussten, aber da wiederum die Ressource hatten, dass wir eines der wenigen Krankenhäuser waren, die operiert haben. Insofern hatten die</p>	<p>B2, Z. 328-346.</p>
--	---	--	---	------------------------

	wenigen Krankenhäuser waren, die operiert haben. Insofern hatten die Rehabilitationskliniken alle Kapazitäten. Das schließt sich, man kann das nicht pauschal sagen das eine macht das schlecht. Es gibt da wie gesagt Ressourcen und Stressoren und wir bewegen uns da in der Ebene dazwischen.“	Situation bewegt sich auf Ebene zwischen Ressourcen und Stressoren	Rehabilitationskliniken alle Kapazitäten.“ „Es gibt da wie gesagt Ressourcen und Stressoren und wir bewegen uns da in der Ebene dazwischen.“	
--	---	--	---	--

Literaturverzeichnis

Ansen, Harald (2018): Klinische Sozialarbeit. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans; Treptow, Rainer; Ziegler, Holger (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. 6., überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlage, S. 843-850.

Bendel, Oliver (2021): Wirtschaft. Definition: Was ist „Wirtschaft“? (<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/wirtschaft-54080>, verfügbar am 07.06.2021).

Bergmann, Jörg (1985): Flüchtigkeit und methodische Fixierung sozialer Wirklichkeit: Aufzeichnungen als Daten der interpretativen Soziologie. In: Bonß, Wolfgang; Hartmann, Heinz (Hrsg.): Entzauberte Wissenschaft: Zur Relativität und Geltung soziologischer Forschung. Göttingen: Schwarz, S. 299-320.

Bundesministerium für Gesundheit (2021): Entlassmanagement (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/entlassmanagement.html>, verfügbar am 07.06.2021).

DBSH (2014): Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. In: Forum Sozial, Die Berufliche Soziale Arbeit, Nr. 4, S. 9-13.

Deloitte (2020): Marktreport: Entlassmanagement im Krankenhaus. Hintergründe, aktuelle Herausforderungen und innovative Weiterentwicklungen. Broschüre.

Dietz, Alexander (2011): Ökonomisierung von Krankenhaustätigkeit – Chancen, Grenzen und Risiken einer marktorientierten Medizin. In: Ethik in der Medizin, Nr. 23, S. 263-270.

Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2015): Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 6. Auflage. Marburg: Eigenverlag.

Dreyer, Malu (2013): Anforderungen an die „Soziale Arbeit“ vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Inklusionsdebatte. In: Bäcker, Gerhard; Heinze, Rolf (Hrsg.): Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Wiesbaden: Springer VS, S. 93-108.

Flandorfer, Priska (2020): Die SMART Methode verstehen und anwenden (<https://www.scribbr.de/modelle-konzepte/smart-methode/>, verfügbar am 07.06.2021).

Flösser, Gaby; Rosenbauer, Nicole; Witzel, Marc (2018): Theorie Sozialer Dienste. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans; Treptow, Rainer; Ziegler, Holger (Hrsg.): Handbuch

Soziale Arbeit. 6., überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlage, S. 1710-1719.

Gaitanides, Stefan (2000): Soziale Arbeit - im Spagat zwischen Ökonomisierung und Menschenrechtsprofession, In: Elsen, Susanne; Lange, Dietrich; Wallimann, Isidor (Hrsg.): Soziale Arbeit und Ökonomie. Politische Ökonomie-Arbeitsmärkte-Sozialpolitik-Grenzen der Ökonomisierung- Soziale Ökonomie-Gemeinwesenentwicklung-Bürgergesellschaft. Neuwied, Kriftel: Luchterhand Verlag, S. 125-135.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2006): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrument rekonstruierender Untersuchungen. 2., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gloel, Rolf (2002): Wodurch zeichnet sich kompetente Soziale Arbeit aus?. In: Sozial Extra, Nr. 11/12, S. 45-48.

Hammerschmidt, Peter; Sagebiel, Juliane; Yollu-Tok, Aysel (2017): Die Soziale Arbeit im Spannungsfeld der Ökonomie – Einführung. In: Hammerschmidt, Peter; Sagebiel, Juliane, Yollu-Tok, Aysel (Hrsg.): Die Soziale Arbeit im Spannungsfeld der Ökonomie. Neu-Ulm: Verein zur Förderung der sozialpolitischen Arbeit (Schriftreihe Soziale Arbeit, Band 8), S. 9-30.

Helfferrich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Helfferrich, Cornelia (2019): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 669-686.

Homfeldt, Hans Günther (2018): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (https://www.socialnet.de/lexikon/Soziale-Arbeit-im-Gesundheitswesen#toc_4, verfügbar am 07.06.2021).

Homfeldt, Hans Günther; Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Homfeldt, Hans Günther; Sting, Stephan (2018): Gesundheit und Krankheit. In: Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans; Treptow, Rainer; Ziegler, Holger (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. 6., überarbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlage, S. 566-578.

Jacobs, Klaus (2011): Ergänzende Anmerkungen zum Memorandum aus ökonomischer Sicht. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Gesundheitsversorgung. Memorandum, S. 47-49.

Kaiser, Robert (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlage und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer VS.

Kleve, Heiko (2012): Die Ambivalenz der Hilfe – Zwei Logiken der Sozialen Arbeit (<http://www.hez-igfh.de/kleve-h-die-ambivalenz-der-hilfe-zwei-logiken-der-sozialen-arbeit/>, verfügbar am 08.06.2021).

Kubon-Gilke, Gisela (2017): Ökonomische Herausforderungen für die Soziale Arbeit aus ethischer Sicht. In: Hammerschmidt, Peter; Sagebiel, Juliane, Yollu-Tok, Aysel (Hrsg.): Die Soziale Arbeit im Spannungsfeld der Ökonomie. Neu-Ulm: Verein zur Förderung der sozialpolitischen Arbeit (Schriftreihe Soziale Arbeit, Band 8), S. 139-160.

Lutz, Ronald (2008): Perspektiven der Sozialen Arbeit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 12/13, S. 3-10.

Mayring, Philipp (1994): Qualitative Inhaltsanalyse (http://media06.euw-frankfurt-o.de/Literatur/Mayring_1994.pdf, verfügbar am 07.06.2021).

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meysen, Thomas (1999): Verwaltungsreform. Neues Steuerungsmodell in der Sozialverwaltung, In: Klie Thomas; Maier, Konrad; Meysen, Thomas (Hrsg.): Verwaltungswissenschaft. Eine Einführung für Soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, S. 103-133.

Nabern, Christian; Baierlein Jochen (2021): Krankenhauspflege und Ökonomisierung (<https://www.oberender.com/2020/08/krankenhauspflege-und-oekonomisierung/>, verfügbar am 07.06.2021).

Naegler, Heinz; Wehkamp, Karl-Heinz (2018): Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Niermann, Inga (2007): Anschlussheilbehandlung: „Blutige Entlassung“ verlagert Kosten in die Reha (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/55105/Anschlussheilbehandlung-Blutige-Entlassung-verlagert-Kosten-in-die-Reha>, verfügbar am 07.06.2021).

Reichertz, Jo (2016): Qualitative und interpretative Sozialforschung. Eine Einladung. Wiesbaden: Springer VS.

Röhrlich, Dagmar (2019): Ökonomisierung der Krankenhäuser. Traurige Diagnose (https://www.deutschlandfunk.de/oekonomisierung-der-krankenhaeuser-traurige-diagnose.724.de.html?dram:article_id=448558, verfügbar am 07.06.2021).

Schaffer, Hanne (2009): Empirische Sozialforschung für die Soziale Arbeit. Eine Einführung. 2., überarbeitete Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Schütze, Fritz (2021): Professionalität und Professionalisierung pädagogischen Handlungsfeldern: Soziale Arbeit. Band 3. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Seithe, Mechthild (2010): Schwarzbuch Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Seithe, Mechthild (2012): Schwarzbuch Soziale Arbeit. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Sesselmeier, Werner; Friedrich, Birgit; Krekeler, Tino (2017): Die Perspektive der Ökonomie auf das „Soziale“. In: Hammerschmidt, Peter; Sagebiel, Juliane, Yollu-Tok, Aysel (Hrsg.): Die Soziale Arbeit im Spannungsfeld der Ökonomie. Neu-Ulm: Verein zur Förderung der sozialpolitischen Arbeit (Schriftreihe Soziale Arbeit, Band 8), S. 31-54.

Slotala, Lukas (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Staub-Bernasconi, Silvia (2018): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Ausgabe. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Twankenhaus (2020): Ökonomisierung im Gesundheitswesen und die Finanzierung von Krankenhäusern (<https://twknhs.de/2020/09/21/oekonomisierung-im-gesundheitswesen-und-die-finanzierung-von-krankenhaeusern/>, verfügbar am 07.06.2021).

Universität Bielefeld (2021): Gendersternchen: So geht's (<https://www.uni-bielefeld.de/verwaltung/refkom/gendern/richtlinien/>, verfügbar am 07.06.2021).

Selbstständigkeitserklärung

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Bearbeitungsort, Datum

Unterschrift