

**Rademaker, Anna Lena ; Schörmann, Christin ; Quehl, Chantal: Akteur:innen in Zerrissenheit – professionelles Handeln Sozialarbeitender im Krankenhaus (nicht nur) unter Krisenbedingungen der COVID-19 Pandemie**

Date of secondary publication: 10.10.2024

Journal Article | Accepted Manuscript (Postprint)

This version is available at: <https://doi.org/10.57720/5029>

## Primary publication

Rademaker, Anna Lena ; Schörmann, Christin ; Quehl, Chantal: "Akteur:innen in Zerrissenheit – professionelles Handeln Sozialarbeitender im Krankenhaus (nicht nur) unter Krisenbedingungen der COVID-19 Pandemie". In: neue praxis, 2024 (3), Seiten 225-248.

## Publisher Statement

This is an Accepted Author Manuscript of an article published by Verlag neue praxis.

## Legal Notice

This work is protected by copyright and/or related rights. You are free to use this work in any way permitted by the copyright and related rights legislation that applies to your usage. For other uses, you must obtain permission from the rights-holder(s).

This document is made available under a Creative Commons license.



The license information is available online:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

# Akteur:innen in Zerrissenheit – professionelles Handeln Sozialarbeitender im Krankenhaus (*nicht nur*) unter Krisenbedingungen der COVID-19 Pandemie

Soziale Arbeit im Krankenhaus beruht auf einer langjährigen Tradition. Die ursprünglich aus der ehrenamtlichen Fürsorge an Tuberkulose erkrankter Menschen entstandene Tätigkeit wurde bereits Ende des 19. Jahrhunderts mit der Errichtung von Fürsorgestellen und dem Aufbau kommunaler Beratungs- und Förderstellen in hauptamtliche Aufgaben, verrichtet durch Frauen im Rahmen der Sozialen Arbeit in Deutschland (Reinicke, 2008). Gesundheitsfürsorge sollte nicht nur als eine medizinische und pflegerische Versorgungsaufgabe, sondern auch als eine psychosoziale Hilfe verstanden werden. In den USA wurde der Grundstein zur Professionalisierung Sozialer Arbeit im Krankenhaus um 1905 gelegt. Die ersten US-amerikanischen „Ärzte, die die Praxis in den Kliniken verbessern wollten, [erkannten] in der Sozialen Arbeit eine geeignete Partnerin für eine genauere Diagnosestellung und wirksamere Behandlung“ (Cannon, 2018, S. 49). Parallel zur Einrichtung erster Krankenhaussozialdienste in Berlin um 1914 wurden auch in anderen Städten in Deutschland Krankenhaussozialdienste etabliert (Reinicke, 2008). Im Jahr 1926 wurde die damalige Deutsche Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus gegründet (ebd.), die als Deutsche Vereinigung für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) fortbestand ([www.dvsg.org](http://www.dvsg.org)). Auch nach fast 100 Jahren fachverbandlicher Organisation weist die Soziale Arbeit im Krankenhaus, als ‚fremde‘ Profession unter Gesundheitsfachberufen im „host setting“ (Strom-Gottfried, 2019) Krankenhaus noch immer ein diffuses Professionsverständnis auf. Sie ist im Spannungsfeld Soziales und Gesundheit gefordert ihre fachliche Perspektive, ihre theoretische Verortung und ihre empirischen Zugänge in den multi- und interdisziplinären Diskursen zu bewahren und ihre Rolle und Aufgaben im Erbringungskontext institutioneller Rahmenbedingungen fortwährend hervorzubringen.

Mit Beginn der 2020 eingetretenen Corona-Pandemie erlebte das Gesundheitswesen eine Erschütterung. Die *soziale* Determinante von Gesundheit stand plötzlich in der Öffentlichkeit. Zuvor (unhinterfragte) Abläufe und Alltagsroutinen wurden unterbrochen, Versorgungssysteme auf die Probe gestellt und Fachkräfte in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung bis an ihre Grenzen gefordert, als es darum ging, dem damals noch unbekanntem Ausmaß der pandemischen Krise zu begegnen. Dies bot die Chance die COVID-19 Pandemie als Blaupause zu nutzen, um nicht nur Erkenntnisse über die Soziale Arbeit und ihre Profession im Krankenhaus zu generieren, sondern weiterführend im Sinne eines ‚Crisis-Learning‘ Praktiken und Rahmenbedingungen zu identifizieren, die Handlungs(un)möglichkeiten Sozialarbeitender im Krankenhaus aufdecken und so Hinweise auf ihre Professionalisierung zu erzielen. Vor, während und nach der Pandemie waren und sind Veränderungsdynamiken zu verzeichnen, die u. a. rechtliche Rahmenbedingungen, fachliche Praktiken und Verfahrensabläufe in der Beratung und Begleitung von Patient:innen sowie ihren Angehörigen und die Verwendung von digitalen Medien und Dokumentationssystemen betreffen.

Diese Handlungs(un)möglichkeiten abzubilden ist Ziel der durch den internen Forschungsfond (HIF) der Hochschule Bielefeld (HSBI) finanzierten Studie „Der Krankenhaussozialdienst im Krisenmodus – Erkenntnisse für eine zukunftssträchtige

Versorgung durch die Soziale Arbeit im interdisziplinären Team in Ostwestfalen-Lippe (OWL) post COVID-19 (postCOVID@owl)". In dem partizipativ angelegten Mixed-Methods-Forschungsprojekt (01.10.2021-30.09.2025) wurden 20 Expert:innen-Interviews geführt, drei Workshops mit Fachkräften durchgeführt sowie 13 ethnografische Protokolle von Fachkräften als Co\*Forschende über Fälle ihrer Alltagspraxis verfasst. Der Beitrag beinhaltet erste Erkenntnisse aus den Expert:innen-Interviews . Diskutiert wird zudem,

- welche Veränderungen sich in, während und nach der Pandemie vollzogen und wie diese sich auf die Fachkräfte im Sozialdienst der Krankenhäuser auswirkten,
- wie den Herausforderungen der pandemischen Krise begegnet wurde und inwieweit sich die Beratung, die Behandlung und die Versorgung von Patient:innen im Sozialdienst veränderten, u. a. mit Blick auf digitale Medien, und
- wie das Bewältigungshandeln von den Fachkräften im Sozialdienst wahrgenommen wurde.

Ziel des Projekt ist, Erkenntnisse über das professionelle Handeln Sozialarbeitender im Krankenhaussozialdienst zu generieren, darüber hinaus, durch das partizipativ angelegte Design in einen transformierenden Prozess mit Akteur:innen aus der lokalen Krankenhauspraxis zu gelangen, der es u. a. ermöglicht bereits im Forschungsprozess Veränderungen anzustoßen (Defila & Di Giulio, 2018; Hartung et al., 2020). In der Untersuchung zeigte sich, dass in der Pandemie Konfliktfelder der Sozialen Arbeit im Krankenhaus, die bereits vorher existierten, zugespitzt und klarer zum Vorschein kamen und dass diese Bedingungen auch nach der Pandemie bestehen bleiben.

Im Ausblick werden basierend auf den Erkenntnissen aus Ostwestfalen-Lippe (OWL) Hinweise identifiziert, die einerseits das professionelle Handeln Sozialarbeitender im Krankenhaus formieren und andererseits mit den Erfahrungen aus dem Projekt Hinweise auf eine Weiterentwicklung und Professionalisierung Sozialer Arbeit im Krankenhaus zulassen.

## Soziale Arbeit in einem multiprofessionellen Team im Krankenhaus

Obwohl die Aussagekraft zur Beschäftigungsstruktur eingeschränkt ist und Daten zur Beschäftigungsentwicklung nicht sicher herleitbar sind, da Fachkräfte der Sozialen Arbeit zu wenig differenziert von anderen Berufsgruppen in der Statistik der Bundesagentur für Arbeit betrachtet werden, kann für 2017 von ca. 10 000 Sozialarbeitenden in deutschen Akutkliniken ausgegangen werden (Blankenburg & Cosanne, 2021, S. 138, 142). Von 2016 bis 2017 stieg die Zahl der Beschäftigten um 546 Personen an, womit Sozialdienste in Krankenhäusern einen überdurchschnittlichen Personalzuwachs von 6,1% verzeichnen. Gleichzeitig liegen von 586 Krankenhäusern keine Angaben zur Beschäftigung von Sozialarbeitenden vor (ebd.). Als Profession unter Gesundheitsfachberufen steht die Soziale Arbeit im Krankenhaus vor der Herausforderung, ihre Rolle und ihre Aufgaben in einem multi- und interdisziplinären Kontext zu profilieren. Dabei ist zu konstatieren, dass die Entfaltung *professioneller Autonomie* unter Bedingungen impliziter Fachlichkeit<sup>1</sup> (Bütow & Maurer, 2017) im Rahmen der Institution Krankenhaus bereits vor der Pandemie nicht krisenfrei war und weiterhin nicht krisenfrei sein wird. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist „misunderstood, undervalued or not known“ (Davis et al., 2004), da es kein einheitliches Verständnis darüber gibt, was ihre Rolle und ihre Aufgaben im Krankenhaus sind und wie sie ihr Handeln, auch in Abgrenzung zum medizinischen Personal legitimiert (ebd.). Die diffuse Allzuständigkeit für komplexe Probleme im Spannungsfeld Soziales und Gesundheit betrifft Probleme in sozialen Lebenssituationen und in der individuellen alltagsweltlich-konkreten Lebenspraxis, die potenziell sehr komplex und

---

<sup>1</sup> Unter „impliziter Fachlichkeit“ verstehen Bütow und Maurer in ihrem Beitrag „Implizite Fachlichkeit? Zwischen ›riskierter Souveränität‹ und der ›Spezifik des sozialpädagogischen Moments‹“ einen Hinweis auf ein mögliches Problem von Fachkräften, ihre „sozialpädagogische Expertise im Kontext multiprofessioneller Kooperationsbezüge deutlich zu artikulieren und angemessen zur Geltung zu bringen“ (Bütow & Maurer, 2017, S. 85). Als „angemessen“ bezeichnen sie u. a. den Anspruch auf Gleichrangigkeit im Gefüge der beteiligten Professionsgruppen und Disziplinen.

oftmals diffus sind (Hochuli Freund & Stotz, 2021, S. 48). Dies fordert Fachkräfte heraus, sich fortwährend zu positionieren und im interdisziplinären Team ihre Aufgaben, ihre Ziele und ihre methodische Handlungsorientierung souverän zu vertreten (Bütow & Maurer, 2017). Dies gelingt nicht immer. Wie beispielsweise die Untersuchung von Hanses zeigt, wird eine rasche Entlassung unter ökonomischen Gesichtspunkten der Institution Krankenhaus (Stichwort: Entlassmanagement) oftmals vorrangig, gegenüber der komplexen psychosozialen Beratungstätigkeit, als einer der Kernaufgaben Sozialer Arbeit bearbeitet (Hanses, 2011). Soziale Arbeit ist eine „professional subgroup that can be said to operate in a subordinate position“ (Sjöström, 2013), wie Sjöström in ihrer Vergleichsstudie zur Professionalisierung der Krankenhaussozialarbeit in Schweden und Deutschland anführt. Ihr professionelles Handeln entfaltet sich vor dem Hintergrund der Rahmenbedingungen des Settings, in dem sie der Rechtsexpertise Igl's zufolge noch immer als unzureichend verankert beschrieben werden muss (Igl, 2017). Die mangelnden rechtlichen Rahmenbedingungen können zu Lücken in der Versorgung von Patient:innen führen, indem z. B. nur begrenzte Möglichkeiten zur Planung und zur Organisation der Nachsorge während der Akutbehandlung bestehen. Dies trifft u. a. zu, wenn Absprachen im multiprofessionellen Team zu Versorgungsbedarfen oder Entlassterminen fehlen, weil sie nicht in die Krankenhaussoftware resp. Dokumentation übertragen wurden. Diese Problematik bestand bereits vor der Pandemie und spitzte sich im Zuge zunehmender Digitalisierungsprozesse als Folge mangelnden kollegialen Austauschs zu.

Die Gesetzgebung mit ihren Grenzen zur Versorgung von Patient:innen im Krankenhaus erweist sich als problematisch für eine patient:innen-orientierte Begleitung durch die Soziale Arbeit. Zwar ist die Einrichtung eines Sozialdiensts im Krankenhaus mit wenigen Ausnahmen verpflichtend, und zudem wurde gesetzlich verankert, dass ein Anspruch auf „die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus“ besteht (§ 112 SGB V, Abs. 2, Nr. 4). Es kann jedoch kaum davon ausgegangen werden, dass dies im Sinne eines professionellen Handelns Sozialer Arbeit und durch entsprechend qualifizierte Fachkräfte ist. Hierzu tragen u. a. der geringe Bekanntheitsgrad von Rahmenempfehlungen zur Einrichtung von Stellen für Sozialarbeiter:innen im Sozialdienst im Krankenhaus der DVSG, ihre schwache gesellschaftliche Anerkennung insgesamt und mangelnde Transparenz im interdisziplinären Team in Bezug auf Aspekte wie widersprüchliche Handlungslogiken professioneller Praxis sowie ihr Auftrag im Doppel-/Triple-Mandat bei. Professionelles Handeln müsste sich folgerichtig an der Verwirklichung von Teilhabe und *daseinsmächtiger Lebensführung* trotz Erkrankung (Röh, 2013) sowie *Integration und Lebensführung* (Sommerfeld, 2019) orientieren, nicht an den (wirtschaftlichen) Interessen der Institution Krankenhaus. Es zeigt sich allerdings, dass schon vor der Pandemie Fragen der Kosteneffizienz die Praxis Sozialer Arbeit im Krankenhaus formieren und dies gegenwärtig verschärft der Fall ist (Rademaker, 2021). Dazu trägt die Steuerung der Leistungsabrechnung bspw. in der (psychosozialen) Beratung durch DRG-Fallpauschalen (diagnosis related groups) bei. Kaum ein Handlungsfeld ist von einer derartigen Schnelligkeit und Effizienzorientierung in der Arbeit mit Adressierten geprägt wie das Krankenhaus. Zugleich sind die Fallbearbeitung im Sozialdienst und die Erfordernisse im Rahmen der Nachsorge, insbesondere mit dem Ziel, Drehtüreffekte zu vermindern, nicht zwingend minder komplex.

### Entlassmanagement als zentrale Aufgabe

In der Regel fokussiert ein zentraler Auftrag des Krankenhauses an die Sozialdienste die Gewährleistung einer reibungslosen Entlassung. Das Entlassmanagement versteht sich als ein Prozess multiprofessioneller Zusammenarbeit, der im Krankenhaus und über dessen Grenzen hinaus zu gestalten wäre, von der Akutbehandlung zur Häuslichkeit, zur Pflege oder zu einer anderen Versorgungssituation. Hierzu sind die Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet. Die „Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung“ (SGB V, §39, Abs. 1, Satz (1a)). Refinanziert durch die DRG-Fallpauschalen werden jedoch nur Leistungen innerhalb der stationären Versorgung durch den Sozialdienst, sodass eine systematische Vorbereitung

der Entlassung bereits bei Einweisung erforderlich ist und der Prozess bis zur Entlassung organisiert sein muss. Im Durchschnitt beläuft sich die Verweildauer im Krankenhaus im Jahr 2022 auf ca. sieben Tage bzw. in der inneren Medizin und allgemeinen Chirurgie auf ca. fünf Tage (destatis). Das führte bereits vor der Pandemie zu Problemen in der Organisation eines patient:innen-orientierten Entlassmanagements und damit der Anschlussversorgung, insbesondere bei Patient:innen-Gruppen mit einem komplexen Versorgungsbedarf, was nicht nur den medizinischen Behandlungserfolg gefährdet (Wingenfeld, 2005).

Bereits 2018 schätzten Krankenhäuser den Anteil vollstationärer Patient:innen mit Bedarf an einem umfassenden Entlassmanagement auf 20 Prozent (DKI, 2018). Die Kumulation gesellschaftlicher Krisen und pandemiebedingter Folgen, z. B. steigende Armut und ein Mangel an Fachkräften in den Care Berufen tragen zu einer Verschärfung bei. Hinzu kommen zunehmende Zahlen komorbider, hochaltriger Patient:innen und der Wegfall unterstützender Leistungen in der häuslichen Pflege und Nachsorge durch Angehörige (Auth, 2017). Unzureichende Nachsorgeangebote sowie eine mangelnde sektorenübergreifende Vernetzung von Leistungen führen dazu, dass der Krankenhausbereich Versorgungsdefizite aus anderen Leistungssektoren kompensieren muss (DKI, 2021) zu Lasten der psychosozialen Beratung und Begleitung von Patient:innen und ihren Angehörigen durch die Soziale Arbeit. Folgen sind nicht passgenaue und instabile Versorgungsarrangements die zu Drehtüreffekten führen können sowie die Nichtinanspruchnahme erforderlicher Leistungen zur sozialen Teilhabe und zur Teilhabe am Arbeitsleben nach einer Erkrankung (Braet et al., 2016; Heberlein & Heberlein, 2017). Durch den hinzukommenden Mangel an ambulanten Versorgungsangeboten (Stichwort: Einführung der Übergangspflege als Notfallplan zur Behandlung von Patient:innen für die kein Pflegeplatz gefunden werden kann) ergeben sich sodann massive Probleme in der Weiterversorgung (Wingenfeld, 2005), die, wie viele der bereits skizzierten Lücken in der Gesundheitsversorgung schon vor der COVID-19-Pandemie bestanden. Und mit der geplanten Krankenhausreform stellt sich die Frage, inwieweit Kliniken insbesondere im ländlichen Bereich schließen und die ambulante Versorgungslandschaft ausgebaut wird.

## Auswirkungen der Corona-Pandemie

Im Zuge der Pandemie wurden Gesundheit und ihr Schutz zu zentralen Themen von Politik, Wirtschaft, Bildung und weiteren Gesellschaftsbereichen. Weniger Beachtung fanden die soziale Komponente der Gesundheit und die impliziten Beiträge Sozialer Arbeit zur Gesundheit, obwohl aus dieser Perspektive betont wurde: „It sparked a culture of transformation in social services, which in turn helped transform lives under the most difficult of circumstances“ (Truell & Crompton, 2020). Einerseits, so schien es, wurde die Reichweite von Gesundheit als Thema des Alltags mit Blick auf ihren Einfluss in allen Lebensbereichen und insbesondere auf soziale Teilhabe stärker erfasst und ernst genommen (Heggen et al., 2020; RKI, 2020). Andererseits wurden niedrigschwellige Unterstützungsleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen kurz- oder mittelfristig erheblich reduziert (DVSG, 2020), beispielsweise in Beratungsstellen, Tagespflegeeinrichtungen, Akutkrankenhäusern und Reha-Kliniken. Auch die alltagsnahe Unterstützung innerhalb der Familien und sozialer Netzwerke minimierte sich auf den engsten Personenkreis und häufig auf den eigenen Haushalt. Ehrenamtliche Dienste mussten größtenteils ihre Tätigkeit einstellen, u. a. aufgrund von Vorgaben zum Gesundheitsschutz oder eigener Zugehörigkeit zu einer der Risikogruppen (z.B. ambulanter Hospizdienst, Grüne Damen als ehrenamtlich in der Gesundheits- und Krankenpflege Tätige).

## Der Krankenhaussozialdienst in der Pandemie

Obgleich Einrichtungen des Gesundheitswesens mit Beginn der Corona-Pandemie kaum Schließungen verzeichneten, waren Sozialarbeitende im Krankenhaussozialdienst genauso wie ihre Kolleg:innen in anderen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit von massiven systemischen und fachpraktischen Veränderungsdynamiken betroffen (Meyer & Buschle,

2020). Die Steuerung durch Institutionen oder Führungskräfte funktionierte nur selten und es ergaben sich (neue) berufsethische Dilemmata, bspw. die Rechte und Würde der Menschen bei der Nutzung digitaler Medien in Beratungssettings zu beachten (Banks et al., 2020; Meyer & Buschle, 2020). Deutlich wurde, dass Handlungsfelder, Arbeitsbedingungen, zeitliche Phasen der Krisenbewältigung und Professionsverständnisse das Handeln in der Pandemie formierten (van Rießen, 2021). Ursachen für die diverse Bewältigungspraxis in der pandemischen Krise sind vielfach zu finden, in den bereits vor der Pandemie bestehenden strukturellen Rahmenbedingungen, wie gesetzlichen und fachpolitischen Vorgaben, in institutionellen Rahmenbedingungen sowie in der Organisation der Sozialen Arbeit in den Einrichtungen. Die Veränderungsdynamiken in der Pandemie wirkten sich damit auch auf die multi- und interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaussozialdienst aus, je nachdem wie die Sozialdienste aufgestellt und institutionell eingebunden waren, wer sie leitete und welche Vorgaben es zu den Aufgaben und der Rolle von Fachkräften Sozialer Arbeit gab. Vielfach gewannen spontanes, privates und ehrenamtliches Engagement sowie kreatives Handeln an Bedeutung, wenn es darum ging, die Versorgung von Patient:innen in der Akutversorgung zu gewährleisten (DBSH, 2020; IFSW, 2020). Unter den gegebenen Umständen mussten unübliche Wege beschritten und Lösungen gefunden werden, um Entlassungen nach einem Klinikaufenthalt unter Krisenbedingungen zu ermöglichen (DVSG, 2020). Es zeigte sich dabei u. a. ein flexibler, aber auf die Krisenbewältigung befristeter Umgang mit gesetzlichen Rahmenbedingungen (G-BA, 2020), der Sozialarbeitenden mehr Spielraum und Handlungsfreiheit eröffnete. Zu benennen sind u. a. vereinfachte Verfahren bei der Beantragung von Leistungsansprüchen nach den SGB.

In der Retrospektive wird auch deutlich, dass bestehende Lücken im Versorgungssystem im Rahmen der gesellschaftlichen und pandemischen Krise(n) weiter zunahmten, sodass eine ambulante Anschlussversorgung in vielen Fällen kaum mehr zu gewährleisten ist. Insbesondere eine nicht rechtzeitige Einleitung bzw. eine nicht passgenaue Anschlussversorgung sowie unzureichend standardisierte digitale Verfahren zur Organisation der Nachsorge wirkten sich bereits vor der Pandemie hinderlich aus und spitzten sich in der Corona-Krise zu (Schörmann et al., 2022). Lösungen hierfür scheinen auch nach Beendigung der pandemischen Lage noch nicht in Sicht zu sein.

### Folgen der Pandemie

Für die Soziale Arbeit war von Beginn an klar, dass sie nach der akuten Pandemiephase mit deutlich steigenden Herausforderungen in ihren gesundheitsorientierten Handlungsfeldern vorfinden würde (DVSG, 2020). Eine Zunahme gesundheitlicher Ungleichheit, problematische Zugänge zu Gesundheitsleistungen insbesondere in marginalisierten Lebenswelten sowie sich verschärfende physische und psychosoziale Problemlagen im Zusammenhang mit der wirtschaftlichen Lage der Bevölkerung (Fatke et al., 2020; Röhr et al., 2020; Williamson et al., 2020) sind nur einige der sich aufdrängenden gesellschaftlichen Fragestellungen für die Versorgungslandschaft. Mit Blick auf diese Herausforderungen weist Soziale Arbeit im Krankenhaus das Potenzial auf, Menschen in prekären Lebenslagen bei der Bewältigung von (drohenden chronischen) Erkrankungen zu unterstützen und Teilhabe trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung durch ihre Begleitung, Beratung und Unterstützung zu ermöglichen. Sie setzt am Alltag der Patient:innen und ihrer Angehörigen an mit dem Ziel diesen gelingender zu gestalten, steht dabei jedoch aufgrund des diffusen Professionsverständnisses im multiprofessionellen Kontext vor dem Dilemma dieses Potenzial im institutionellen Kontext Krankenhaus zu entfalten. Es stellt sich also die Frage, wie es in der Pandemie um die spezifischen Strukturbedingungen, die ein widersprüchliches Gewirr von Handlungsansprüchen und Handlungs(un)möglichkeiten implizieren (Hochuli Freund & Stotz, 2021) sowie um alltägliche Paradoxien des beruflichen Handelns (Schütze, 2021) stand. Sozialarbeitende waren damit zwar schon immer konfrontiert, aber in der Pandemie ergaben sich neue Rahmenbedingungen ihnen zu begegnen. Einerseits können sich dadurch innovative Veränderungsmöglichkeiten identifizieren lassen, andererseits begrenzende Strukturen

und Praktiken in ihrer Zuspitzung identifiziert werden. Zu nennen sind für den Krankenhaussozialdienst u. a.:

- der Koordinationsaufwand und die Arbeitsintensität, z. B. bei (Anschlussheilbehandlungs-)Maßnahmen und bei Patient:innen mit einem besonderen Versorgungsbedarf, um gemäß den Vorgaben und unter Zeitdruck Entlassungen bzw. nachstationär notwendige Hilfen zu organisieren,
- Arbeiten im Spannungsfeld von Wirtschaftlichkeit und professionellem Selbstverständnis,
- der Umgang mit einer allgemeinen Verunsicherung durch die gesellschaftlichen Krisen und ihren Auswirkungen sowie gleichzeitig höheren psychosozialen Belastungen von Patient:innen, ihren Angehörigen bzw. Bezugspersonen,
- ein erhöhter Beratungsbedarf bei Zeitmangel, der zudem in der Pandemie primär telefonisch oder digital organisiert werden musste,
- die Wahrnehmung und die Partizipation von Fachkräften Sozialer Arbeit an klinikinternen Entscheidungen sowie das Vorhandensein von Krisenplänen für Ausnahmesituationen, sowie
- die Geschwindigkeit neuer oder wechselnder politischer Vorgaben im Kontrast zu langsamen Prozessen ihrer Umsetzung im Krankenhaus und in der Versorgungslandschaft z. B. der Digitalisierung.

Es kommt die Frage auf, inwieweit die Profession, wenn auch kaum wahrgenommen, einen wesentlichen Beitrag zur patient:innen-orientierten Versorgung und Teilhabe leisten kann (DVSG, 2020; Siegrist et al., 2020). Sie manövriert Patient:innen und ihre Angehörigen durch das mitunter sehr diffuse System sozialstaatlicher Leistungen, unterstützt beim Verstehen der Symptome und der Auswirkungen verschiedener Erkrankungsbilder auf das Alltagsleben und sucht gemeinsam mit Patient:innen nach für sie passgenauen Umgangsformen. Zudem leistet sie psychosoziale Beratung in einem auf Effizienz und Effektivität ausgerichteten beruflichen Alltag, in dem das Leid, die Ängste und die Befürchtungen von Patient:innen zu wenig Raum zu erhalten und nicht ausreichend erfasst und ernst genommen zu werden drohen. Des Weiteren organisiert, begleitet und ermöglicht sie Versorgungsformen und -arrangements die den Bedarfen und Bedürfnissen der Patient:innen entsprechen. Soziale Arbeit ist Netzwerkerin, empowert und ermöglicht Teilhabe und Partizipation – wenn sie die Möglichkeit erhält ihre Kompetenzen zu entfalten und professionell zu handeln.

## 2. Untersuchungsdesign

### 2.1. Untersuchungspopulation und Methoden

In der Untersuchung wurden 20 Expert:innen-Interviews (Meuser & Nagel, 2009) mit Fachkräften aus Sozialdiensten in OWL geführt. Die Expert:inneninterviews dienen der Erfassung von a.) strukturellen Bedingungen der Zusammenarbeit im interdisziplinären Team vor, in und nach der Pandemie sowie b.) subjektiven Bewertungen der Umsetzung pandemischer Kriseninterventionsmaßnahmen mit ihren Auswirkungen auf die Arbeit im Sozialdienst und die Versorgungsqualität der Patient:innen. Die Interviews wurden transkribiert und das Textmaterial wurde zunächst deduktiv-induktiv unter Berücksichtigung des deduktiv entwickelten Interviewleitfadens und der darin enthaltenen Fragestellungen mit der Software MaxQDA kodiert (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 39). Diese Kategorien erwiesen sich jedoch als zu spezifisch und geschlossen den Daten gegenüber, sodass schließlich alle Transkripte auf Basis eines induktiv gewonnenen Kategoriensystems, orientiert an den Themen Befragter vollständig kodiert werden konnten (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 71, 56, 129). Zudem wurden Memos und erste Globalanalysen festgehalten (Rosenthal, 2015). Aus der vergleichenden Analyse aller Interviews ergaben sich acht Kategorien, die anschließend in einem Kodierparadigma in einen Zusammenhang hinsichtlich des Kontextes, ursächlicher Bedingung, Handlungsstrategien und Konsequenzen gesetzt werden konnten (Strauss & Corbin, 1996).

## 2.2. Forschungspraktische Herausforderungen

Im Rahmen der Untersuchung waren die forschungspraktischen Herausforderungen der Retrospektivität, des Aufkommens kontrafaktischer Konstruktionen, moralischer Bewertungen sowie Erfordernisse hinsichtlich Flexibilität zu bewältigen. Untersuchungsteilnehmende betrachteten die Situation zum Zeitpunkt der Interviews zwischen November 2021 und Mai 2022 aus retrospektiver Sicht einerseits auf die Zeit vor den coronabedingten Einschränkungen, andererseits auf die Monate während der Krise und verfügen damit über Erfahrungen zu dem bisherigen Verlauf aus den ersten Wellen und Lockdowns sowie zu den Auswirkungen der Kriseninterventionsmaßnahmen. Bedingt durch dieses Mehrwissen musste damit gerechnet werden, kontrafaktische Konstruktionen (Dekker, 2017) hervorzurufen, verbunden mit einer Rückschauverzerrung: die Interviewten konnten sich dazu veranlasst fühlen darzulegen, welche Alternativen hätten gewählt werden können (ebd.). Diese tragen zum Verständnis der Auswirkungen der Veränderungen im Sozialdienst der Krankenhäuser nur begrenztem Maße bei und sind kritisch zu reflektieren. Mit dem Aufzeigen anderer Möglichkeiten, Verläufe und Dynamiken wird die Annahme transportiert, dass Akteur:innen in der Lage gewesen wären anders zu reagieren. Dies kann zu moralischen Bewertungen führen, u. a. hinsichtlich des fachlichen Handelns bestimmter Berufsgruppen. Zudem war zu Beginn der Studie unklar, wie sich die pandemische Situation entwickeln würde und der Forschungsprozess entsprechend flexibel zu gestalten. Hier trug die enge Wissenschafts-Praxis-Kooperation im Steuerungskreis bestehend aus der Projektleitung und zwei Leitungen von beteiligten Sozialdiensten dazu bei, dass es möglich war, unmittelbar auf Veränderungen in der Praxis zu reagieren und den Feldzugang sowie die Erhebungsmethoden anzupassen. Im Verlauf und je nach Situation und Möglichkeit der Interviewten wurden z.B. persönliche Interviews, Telefon- oder Videointerviews geführt.

## 2.3. Durchführung und Güte der Studie

Insgesamt wurden 20 Interviews mit Fachkräften aus elf Kliniken in sieben Kreisen bzw. Städten in OWL geführt. In zwei Fällen waren auch nicht Sozialarbeitende interviewt, die im Sozialdienst oder in der Pflegeberatung tätig sind. Eine Sozialarbeiterin stammte aus der Pflege- und Angehörigenberatung (siehe Abbildung 1).

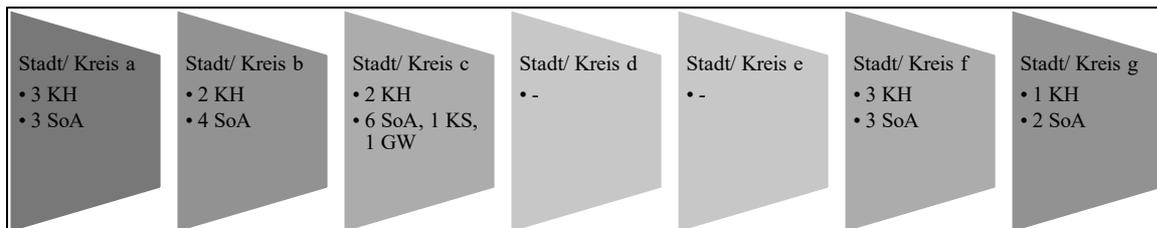


Abbildung 1: Übersicht geführter Interviews in ihrer Verteilung über die sieben Kreise bzw. Städte in OWL (KH = Krankenhaus, SoA = Sozialarbeitende, KS = Krankenschwester, GW = Gesundheitswissenschaftler:in).

Die Datenerhebung und Datenanalyse wurden von der Projektleiterin durchgeführt und von einer Postdoktorandin und von einer studentischen Hilfskraft<sup>2</sup> unterstützt. Zudem waren ausgewählte Daten aus Qualifikationsarbeiten von BA-Studierenden unter Begleitung der Projektleiterin<sup>3</sup> analysiert. Den Gütekriterien Offenheit und Kommunikation wurde über Interviewer:innen-Schulungen und Vergleichbarkeit durch einen gemeinsamen Interviewleitfaden entsprochen. Darüber hinaus fanden zur methodischen Kontrolle der Datenanalyse begleitend Forschungswerkstätten und Kolloquien mit Mitforschenden statt. Die Verallgemeinerungen anhand der zugrunde liegenden Daten schaffen eine

<sup>2</sup> Dr. Christin Schörmann war vom 01.09.2021 bis 31.08.2022 als Postdoktorandin in Career@Bi als Lehrkraft am Fachbereich Sozialwesen mit einem Forschungsschwerpunkt in dem Projekt beschäftigt.

<sup>3</sup> Auf Basis einer in dem Projekt entstandenen Bachelorarbeit wurde ein Beitrag mit der Autorin Chantal Quehl veröffentlicht (Schörmann et al., 2022).

Repräsentativität für die Untersuchungspopulation in OWL (ländliche Kliniken, keine Maximalversorger), wobei anzumerken ist, dass in zwei Kreisen respektive Städten keine Interviewpartner:innen gefunden werden konnten. Methodische Einschränkungen durch Telefon- und Video- Interviews mussten aufgrund der pandemischen Lage in Kauf genommen werden.

### 3. Professionelles Handeln im Krankenhaussozialdienst unter Krisenbedingungen

Der Leitfaden zielte in der Erzählaufforderung auf Veränderungen seit der Corona-Pandemie und im Anschluss auf den Umgang mit den Folgen der pandemischen Krise ab. Trotz dieser Fokussierung zu Interviewbeginn wurden von den 788 kodierten Textstellen 256 der Fallarbeit im Krankenhaussozialdienst zugeordnet. Diese wurde mit der Aufforderung einen typischen Fall und den Umgang mit im interdisziplinären Team zu schildern, an dritter Stelle erfragt<sup>4</sup>.

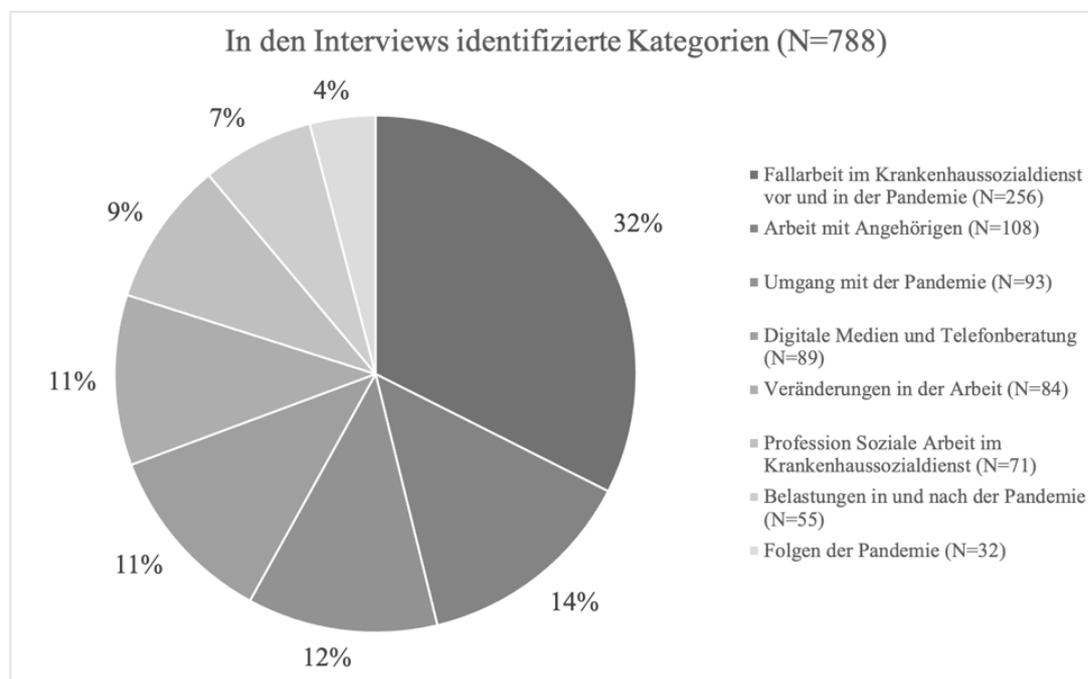


Abbildung 2: Übersicht der in den Interviews identifizierten Kategorien.

Nach der Fallarbeit wurden 108 Codes der Kategorie der Angehörigenarbeit, 93 dem Umgang mit den Folgen der Pandemie und deren Bewältigung, 89 der Bedeutung, der Rolle und dem Stellenwert digitaler Medien sowie Telefonberatung, 84 Veränderungen in der Arbeit seit der Corona Pandemie, 71 Äußerungen zur Profession Sozialer Arbeit im Krankenhaussozialdienst, 55 Belastungen in und nach der Pandemie und 32 Folgen der Pandemie zugeordnet.

#### Fallarbeit im Krankenhaussozialdienst

Anhand der Ergebnisse zeigt sich, dass die Fallarbeit als Arbeit mit den Patient:innen für die Sozialarbeitenden quantitativ einen hohen Stellenwert einnimmt. Sie kann anhand der Daten unterschieden werden in die Fallarbeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit, die Überleitung in andere Pflege- und Unterstützungsleistungen sowie direkte Beratungstätigkeiten.

In der Fallarbeit insgesamt lassen sich komplexere Anforderungen an den Sozialdienst identifizieren, insbesondere hervorgerufen durch steigende Bedarfe von Patient:innen. Die

<sup>4</sup> Der Leitfaden musste nicht zwingend in der vorgegebenen Reihenfolge ‚abgearbeitet‘ werden, bot aber dennoch eine wichtige Orientierung insbesondere für Studierende Interviewer:innen für den Interviewverlauf.

Menschen seien „BEDÜRFTIGER<sup>5</sup> geworden“, benötigten mehr „ZUWENDUNG“ und hätten einen erhöhten „UNTERSTÜTZUNGSBEDARF“ bei der „Lösung SOZIALRECHTLICHER oder auch INSGESAMT sozialer Probleme“ (FK08\_c, Pos. 56). Darüber hinaus wird konstatiert, dass die sozialen Sicherungsnetze häufig nicht mehr ausreichen, um Patient:innen nach einer Erkrankung wieder in das System zu integrieren. So äußert eine der Befragten, „PATIENTEN, die DURCHFALLEN, fallen NOCH mehr oder NOCH schneller durch“ (FK06\_b, Pos. 68). Die Interviewten sprechen von komplexeren Anforderungen (FK19\_a, Pos 40) hinsichtlich der Versorgung von Patient:innen. Zugespielt formuliert eine Sozialarbeiterin, es braucht ein „KOMPAKTPAKET“, das „innerhalb kürzester Zeit dann auf den WEG zu bringen“ ist (FK07\_a, Pos. 38).

Besonders herausfordernd ist eine seit der Pandemie erschwerte Überleitung in andere Versorgungsformen, z. B. die ambulante oder die stationäre Pflege. Dies zeigt sich vor allem bei Patient:innen mit einem komplexen Versorgungsbedarf, dem die Pflegedienste aufgrund von Personal- und Platzmangel mit ihren Kapazitäten nicht mehr gerecht werden können (FK06\_b, Pos. 68). In der Pandemie verschärfte sich die Situation:

*„Früher war es KLAR, [...] wir MÜSSEN einen Platz HABEN und den haben wir dann AUCH nach dreißig Telefonaten GEFUNDEN und jetzt HEUTZUTAGE [...] ist es auch, dass wir FÜNFZIG Heime anrufen können und IMMER noch keinen Platz haben“ (FK07\_a, Pos. 70).*

Psychosoziale und Sozialberatung nehmen seit Beginn der Pandemie mehr Zeit in Anspruch und erfordern mehr Flexibilität. Von der Gesichtsmaske, die zu einem lauten und langsamen Sprechen veranlasst und sich insbesondere bei Patient:innen mit Sprach- oder Hörproblemen als schwierig erweist (FK19\_a, Pos 171, FK01\_a, Pos 214), bis hin zur Verlagerung persönlicher Gespräche mit Patient:innen und ihren Angehörigen ins Telefonische (FK07\_a, Pos 82) wurden die Tätigkeiten in der Pandemie zeitintensiver. Auch braucht es neuer Methoden bzw. Umgangsformen bei bspw. emotional belastenden Themen in der psychosozialen Telefonberatung. Dies zeigt sich an einem Fall aus der ambulanten „Strahlenpraxis“, in der der Sozialdienst die „Organisation der Anschlussheilbehandlung“ übernahm (FK02\_b, Pos 27).

*„Ähm, das heißt, die Patienten sind bisher immer zu UNS gekommen, wir haben denen das VERFAHREN erläutert, haben mit denen KLINIKEN besprochen, AUSGESUCHT und ähm nach einem Termin GEGUCKT und nochmal alles BESPROCHEN. Wenn ich sowas per TELEFON mache, frage ich die FAKTEN ab, dann frage ich, ne, GRÖSSE, GEWICHT und frage, ne, im – mittlerweile muss man den IMPFSTATUS auch immer machen und wie sie VERSICHERT sind und so. Ähm und wenn ich jemandem GEGENÜBERSITZE, der sagt SEHR VIEL EHER und sehr viel SCHNELLER mal in einem NEBENSATZ, ähm beispielsweise, ach, da war mein PARTNER mal, der ist aber VERSTORBEN, oder da habe ich ähm schlechte ERFAHRUNGEN gemacht oder so. Und ähm da knüpft sich schnell ein GESPRÄCH dran an, was am Telefon WEGFÄLLT. Ich kriege auch gar nicht MIT, wenn derjenige ähm, ich sage jetzt mal, das GESICHT verzieht oder so“ (FK02\_b, Pos 27).*

Es zeigt sich, dass der persönliche Kontakt und die Interaktion miteinander als wesentlich und hilfreich für eine bedarfsorientierte Beratungspraxis wahrgenommen werden. Ausgehend von kleinen Hinweisen können so bspw. biografische Erfahrungen mit Gesundheits- und Hilfesystemen eruiert werden, die sich im Behandlungsverlauf z. B. hinsichtlich der Akzeptanz und der Inanspruchnahme von Maßnahmen als relevant erweisen. Zudem veränderte sich die „Kommunikation mit PATIENTEN und ANGEHÖRIGEN total“, indem „GANZ HÄUFIG auch mit Angehörigen ÜBER die Patienten [...] und nicht mit Angehörigen und Patienten ZUSAMMEN“ gesprochen wurde (FK08\_c, Pos. 40). Dies nimmt Einfluss auf die Partizipationsmöglichkeiten der Patient:innen und zugleich ihren Wünschen

---

<sup>5</sup> Von den Interviewten betonte Begriffe oder Sequenzen wurden in der Transkription großgeschrieben.

und Bedürfnissen nachkommen zu können. Insgesamt bemängeln die Fachkräfte in der pandemischen Lage, „dass die WEGE jetzt einfach [...] viel, viel LÄNGER und KOMPLIZIERTER geworden sind“ (FK04\_b, Pos. 46) und wichtige Informationen, z.B. zu Gestik und Mimik oder Wunsch und Wahl nicht vermittelt werden können (FK02\_b, Pos. 26; FK04\_b, Pos. 76).

Bei Fragen zur Zusammenarbeit wird zwischen dem eigenen Team und dem multiprofessionellen Team in den Kliniken unterschieden (FK01\_a, Pos 57). Einige Sozialdienst konnten ihre Besprechungen und die Zusammenarbeit in z.B. Fallkonferenzen mit Ärzt:innen, Pflege und Therapie fortführen (bspw. FK19\_a, Pos 241), einige stellten diese ein (bspw. FK04\_b, Pos 52) oder beschränkten sie, um Ansteckungsmomente etwa zwischen Stationsangehörigen zu reduzieren (FK06\_b, Pos 105). Gleichsam wird konstatiert, dass aufgrund des Wegfalls der regelmäßigen Besprechungen

*„nicht mehr GANZ so viel ZEIT für diese regelmäßigen Sitzungen ähm (1) DRAUF [geht], als wenn man einfach so eine Struktur hat, man trifft sich halt einmal die Woche in DER Runde und dann nochmal in DER Runde, also es ist auch ein bisschen FLEXIBLER geworden, das ist ja auch nicht NUR schlecht, ne“ (FK05\_c, Pos 50).*

Hier zeigt sich je nach Klinik und Team ein diverser Umgang, der sich direkt auf die Kommunikation der verschiedenen Professionen auswirkte (bspw. FK06\_b, Pos 134). Auch wird er unterschiedlich wahrgenommen, entweder entlastend – bedingt durch den Wegfall von Terminen – oder belastend aufgrund des Mangels an institutionalisierten Austauschformaten. Beispielsweise ließ sich nur erschwert herausfinden, von wem Patient:innen, die auf den verschiedenen Stationen behandelt wurden, bereits betreut worden waren (FK05\_c, Pos 112).

#### Zusammenarbeit mit Angehörigen

Als besonders signifikant wird die reduzierte Möglichkeit persönlicher Kontakte zu Angehörigen beschrieben, die mit sich brachten, dass vermehrt auf telefonische Kommunikation umgestellt werden musste (FK07\_a, Pos 38). Diese Umstellung hatte nicht ausschließlich nachteilige Auswirkungen auf die Zusammenarbeit, sondern führte teilweise zu einer Verbesserung während der Pandemie. Aufgrund des eingeschränkten oder fehlenden Zugangs von Angehörigen zu den Kliniken wurden vermehrt telefonische Kontakte über den Sozialdienst initiiert, um Informationen zu erhalten (FK10\_c, Pos 39).

*„Und wenn die Angehörigen bei mir auch anrufen, dann konnte ich natürlich auch BESSERE Informationen dann WEITERGEBEN oder so. Oder mal VERMITTELN, wenn – wenn man die ÄRZTE schon LANGE nicht mehr gesprochen hat, dann habe ich dann intern VERBUNDEN, habe dann zu dem Arzt gesagt, Mensch, du, die macht sich SO große Sorgen, so, SPRECH' doch bitte mal mit dem. Und das GING dann auch gut.“ (FK10\_c, Pos 39).*

Gleichzeitig intensivierten sich das Engagement und die Geduld des Sozialdienstes gegenüber Angehörigen, bedingt durch die erhöhte Verunsicherung (FK14\_c, Pos 48) und gelegentliche Verärgerung (FK16\_g, Pos 42). Diese Dynamik zeigte sich insbesondere in Phasen, in denen die Kliniken Besuchseinschränkungen implementierten, beispielsweise aufgrund von Corona-Ausbrüchen. In solchen Situationen hatten Angehörige Schwierigkeiten, den Versorgungsbedarf nach der Entlassung zu beurteilen und benötigten vermehrt Unterstützung und Beratung durch Sozialdienstmitarbeitende. U.a. wurde an den Mitarbeitenden dann auch Unverständnis für politisch gewollte Schutzmaßnahmen z.B. bei der Impfpflicht und dem Maskengebot ausgelassen. Die Patient:innen, denen ein umfassender oder eingeschränkter Kontakt zu ihren Angehörigen während des Klinikaufenthaltes verwehrt blieb, wurden mit erhöhter Eigenverantwortung konfrontiert. Sie mussten häufiger die Organisation ihrer Entlassung

selbst organisieren. Dies betraf auch die Frage, wie sie nach Hause zurückkehren und welche Sozial- und Rehabilitationsleistungen sie in Anspruch nehmen sollten.

### Umgang mit der pandemischen Situation

In Bezug auf den Umgang der Kliniken mit den Auswirkungen der pandemischen Situation wird von den Befragten beschrieben, dass dieser zu Beginn als wenig präzise wahrgenommen wurde. Die Mitarbeitenden beschreiben zudem ein Defizit in der Beteiligung an institutionellen Entscheidungsprozessen. Zwar wurden Krisenstäbe eingerichtet, Entscheidungen kamen aber „SELTEN auch im SOZIALDIENST“ an und eine Beteiligung sowie eine Informierung der Sozialdienste fehlten mitunter „KOMPLETT“ (FK08\_c, Pos. 44). Im beruflichen Alltag des Sozialdiensts basierte vieles auf Erfahrungswerten der Kolleg:innen, und wurde nicht systematisch von der Leitungsebene vorgegeben. Wesentlich war,

*„sich so im Team abzusprechen, okay, wie geht der EINE damit um, wie geht der ANDERE damit um, wenn man dann mal EINEN Pflegedienst gefunden hatte, der gesagt hat, okay, wir ÜBERNEHMEN die Versorgung von einem COVID-Patienten, haben wir uns dann natürlich auch direkt, direkt ausgetauscht“ (FK04\_b, Abs. 42).*

Die Mitarbeitenden verstehen sich als „Verbindungsglied“ (FK10\_c, Pos 36) zwischen dem Gesundheitspersonal, Patient:innen und Angehörigen. Insgesamt, so wird konstatiert, versuchten sie das Beste aus der Situation zu machen und sie möglichst gemeinsam zu bewältigen (FK10\_c, Pos 54, 56). Eine übergreifende oder gar interne kohärente Strategie wird kaum angesprochen.

### Digitalisierung und Telefonberatung

In den Interviews wird ein deutlicher Anstieg der Anforderungen an die Digitalisierung durch die Patient:innenversorgung in der Pandemie herausgestellt. Hier besteht ein Bedarf an Software, z. B. für die Suche nach verfügbaren Plätzen in Pflegeeinrichtungen (FK01\_a, Pos. 228). Diese scheint bislang lediglich einigen Fachkräften bekannt zu sein (z. B. FK05\_c, Pos. 153). Positive Entwicklungen wurden von Fachkräften einer Klinik berichtet. Das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) sowie die digitale Patientenakte entwickelten sich im Verlauf rascher weiter (FK08\_c, Pos. 84; FK13\_c, Pos. 338). Somit kam es zu einem erkennbaren Fortschreiten von Digitalisierungsprozessen in Bezug auf interne Arbeitsabläufe und die Dokumentation. Eine Fachkraft begrüßt diese Veränderungen explizit, beschreibt sie aber als „noch LANGE nicht GUT. [...] [Es] kann noch VIELES BESSER werden“ (FK08\_c, Pos. 96). Insgesamt geben die Befragten an, dass vorrangig das Telefon für Beratungsgespräche genutzt wurde (FK07\_a, Pos. 94; FK08\_c, Pos. 40; FK05\_c, Pos. 160; FK04\_b, Pos. 34). Obwohl die Kliniken offiziell keine Online-Beratung anbieten, ermöglichten einzelne Fachkräfte Patient:innen über private Hardware Videokonferenzen mit Angehörigen (FK13\_c, Pos. 76, FK15\_g, Pos. 24). Über klinikinterne Fortbildungsangebote zur Kompetenzerweiterung im Umgang mit digitalen Technologien in der psychosozialen Beratung wurde nicht berichtet. Bedenken, digitale Medien in der Arbeit mit den Patient:innen einzusetzen, werden insbesondere hinsichtlich bestimmter Zielgruppen, wie bspw. älterer, hochbetagter Menschen und deren Angehöriger, die keinen Zugang zu digitalen Geräten haben und über unzureichende technischen Kompetenzen verfügen (FK07\_a, Pos. 88; FK12\_c, Pos. 84; FK05\_c, Pos. 160). Ähnlich wird es in der Arbeit mit „AUSLÄNDISCHEN Patienten, die halt KEIN Deutsch sprechen“ wahrgenommen (FK03\_b, Pos. 104-108). Die Gesprächsführung und die Möglichkeiten der Übersetzung fordern die Mitarbeitenden stark heraus. Dies zeigt sich insbesondere wenn es sich um Patient:innen mit einem hohen psychosozialen Beratungsbedarf handelt, etwa hinsichtlich einer ambulanten onkologischen Behandlung oder einer mangelnden sozialen Absicherung, hier kommt am Telefon bei belastenden Themen die nonverbale Kommunikation deutlich zu kurz (FK04\_b, Pos. 70-76).

Es zeigt sich aber, dass es durch die Pandemie einen ersten „Digitalisierungsschub“ gab. Vor Beginn wurde die Digitalisierung noch als „SEHR BEMITLEIDENSWERT“ (FK08\_c, Pos 83) beschrieben.

*„Also ALLEIN [...] STUPIDE Dinge wie Dokumente anlegen in unserem KIS-System und die auch DA zu bearbeiten, damit man eben NICHT ständig auf die STATION läuft und ähm den ZETTEL da abholt. Ähm was ähm – ich MAG mich da gar nicht AUSLASSEN jetzt. Aber ähm das sind – das sind einfach so Dinge, ja, man kommt sich hier vor, wie in der STEINZEIT jeden Tag in MANCHEN Bereichen, ne. Also ich DRUCKE etwas AUS, laufe auf die STATION, lege es dem Arzt ins FACH und HOLE es mir dann irgendwann unterschrieben wieder AB. Das sind so STEINZEITVERHÄLTNISSE, finde ich. Und auch also weder ZEITGEMÄSS noch ähm dem ANLASS angemessen. Aber ähm da gibt es tatsächlich FORTSCHRITTE zu bekunden in diesen Prozessen“ (FK08\_c, Pos 84).*

Durch COVID-19 kam es zu einem Schub an Digitalisierungsprozessen, von dem auch der Krankenhaussozialdienst in der Modellregion profitieren konnte (FK08\_c, 83, FK13\_c, Pos 95). Schon vor Ausbruch der Pandemie wurden Bemühungen unternommen, digitalisierte Abläufe und Veränderungsprozesse zu implementieren, allerdings erwies sich deren erfolgreiche Etablierung bislang als herausfordernd. Die Krise beschleunigte diesen Prozess zwar, dennoch wurde betont, dass die Entwicklung im Vergleich zu anderen Branchen „eher WEINERLICH“ (FK08\_c, Pos 83) wahrgenommen wird.

#### Veränderungen in der Arbeit

Insgesamt lassen sich über alle Interviews hinweg Veränderungen mit Blick auf persönliche Kontakte zu Patient:innen, ihren Angehörigen und Kolleg:innen verzeichnen. Wie bereits dargestellt, wird die Umstellung auf telefonische Beratung als besonders einschneidend für die berufliche Tätigkeit wahrgenommen.

*„Persönliche Gespräche mit Angehörigen könnten viel weniger stattfinden und es müsste auf den telefonischen Kontakt ausgewichen werden (FK07\_a, Pos. 38, siehe auch FK03\_b, Pos. 104).*

Neben den Ausführungen zu den Bereichen Beratung und Zusammenarbeit im interprofessionellen Team ergab sich, dass in einigen Kliniken aufgrund der Einhaltung der Abstands- und Hygienevorschriften keine gemeinsame Pausengestaltung mehr in den Sozialräumen erfolgen konnte. Dies beeinträchtigte den Informationsfluss unter den Kolleg:innen. Auch hinsichtlich der Nutzung und der Akzeptanz digitaler Medien zeigen sich durchweg erhebliche Veränderungen mit dem Beginn der Pandemie. Des Weiteren scheint die Zunahme komplexer Versorgungsbedarfe von Patient:innen mit der Pandemie, insbesondere deren Folgen, in Verbindung zu stehen. Patient:innen, primär solche mit einem sehr hohen Versorgungsbedarf, erfuhren im Zuge der klinischen Versorgung oft einen Mangel an familiärer Unterstützung. Dieser musste teilweise von ihnen selbst und zum Teil von dem Sozialdienst aufgefangen werden. Auch die Organisation familialer Nachsorgearrangements wurde durch verschiedene Umstände erschwert. Pflegeeinrichtungen konnten anfangs aufgrund der Hygienebestimmungen und später aufgrund von Fachkräftemangel nicht mehr in üblichem Umfang belegt werden, was die Überleitung in eine Nachsorge zunehmend herausfordernder gestaltete.

Ein Beispiel hierfür zeigt sich im Kontext der COVID-19 Testung. Die Vorgabe einer negativen Testung von Patient:innen vor der Entlassung in eine andere Versorgungsform führte beispielsweise zu Verzögerungen im Entlassmanagement, indem

*„KLAR die Pflegeheime NUR aufnehmen DÜRFEN, wenn jetzt ein COVID-Test vorliegt [...] eine Sache, die uns [...] das GENICK gebrochen hat, weil*

*KLAR war, okay, kurzfristige Entlassung IST gar nicht DRIN" (FK04\_b, Pos. 68).*

Hier zeigt sich einerseits die klare Ausrichtung auf das Entlassmanagement und den mit der Wirtschaftlichkeit der Kliniken verbundenen Zeitdruck. Andererseits ergibt sich durch die Anmerkung, das habe ihnen das „Genick“ gebrochen, die Frage nach dem Grund dafür, dass sich hier ein Gefühl der Verantwortung für die Prämisse der zeitnahen Entlassung einstellt. Ebenfalls zu hinterfragen ist, inwieweit wirtschaftliche Interessen oder professionelle fokussiert werden. Als Erleichterung hingegen wurde wahrgenommen, dass der formale Akt des Einholens von Einwilligungserklärungen seitens der Patient:innen vereinfacht werden konnte „wenn jetzt jemand WIRKLICH noch ähm wegen COVID isoliert ist ähm, brauchen WIR von der Sozialberatung NICHT persönlich zu den ähm Patienten oder Patientinnen gehen [...]“, um eine persönliche Unterschrift einzuholen (FK03\_b, Pos. 48-54).

### Die Profession Soziale Arbeit im Krankenhaussozialdienst

In der Arbeit mit Patient:innen und Angehörigen zeigt sich bei den Fachkräften eine Zerrissenheit zwischen ihrem Professionsverständnis und der Praxis im Krankenhaus. Hier berichtet eine Sozialarbeiterin, in den vergangenen zwei Jahren mehrmals Patient:innen entlassen zu haben, obwohl die Versorgung nicht gewährleistet war, „das ist eine Entlassung, die, die liegt mir im MAGEN, die ist nicht RUND, aber ich wüsste nicht, wie ich es besser hinkriegen sollte“ (FK06\_b, Pos. 70-74). Immer wieder musste zwischen dem Schutz der eigenen Gesundheit und dem Bedarf von Patient:innen abgewogen werden. So waren z. B. Gespräche auch bei emotional hoher Belastung der Patient:innen nach 15 Minuten persönlichen Kontakts zu beenden (FK04\_b, Pos. 130). Zudem scheint der Kostendruck in einem Spannungsverhältnis mit dem professionellen Selbstverständnis zu stehen. Dieser wird als „finanzielle[r] Druck vom Arbeitgeber“ (FK19\_a, Pos 46) wahrgenommen:

*„wir hatten ja auch ne COVID-Station, das heißt wir konnten das Krankenhaus konnte sich nicht voll AUSLASTEN, also die Bettenbelegung war dann natürlich NIEDRIGER [...] JA da wird dann ja mit gerechnet mit Bettenbelegung [...] damit das alles so KLAPPT (...) Hört sich total BLÖD an, aber das ist halt dieser ähm FINANZIELLE Aspekt gewesen ne, dass man möglichst viele Patienten noch DURCHKRIEGT, damit das Krankenhaus die EINNAHMEN hat, ne.“ (FK19\_a, Pos 48)*

Zudem fühlen die befragten Sozialarbeiter:innen sich von Kolleg:innen häufig wenig anerkannt. Im Team, so wird geäußert, werden sie als „HINTERSTES Glied vom TEIL wo keiner WEISS ähm, ja was MACHEN die überhaupt“ wahrgenommen (FK07\_a, Pos 136, FK09\_c, Pos 116). Bei Patient:innen und Angehörigen herrscht zudem mangelndes Wissen über ihre Rolle und Aufgabe, sodass Unterstützungs- und Beratungsleistungen u.U. nicht in Anspruch genommen werden (FK03\_b, Pos 150, FK09\_c, Pos 110).

*„Der Angehörige, der noch NIE was mit dem Krankenhaus zu TUN hatte, WEISS in der Regel gar nicht, dass es einen SOZIALDIENST gibt beziehungsweise was der MACHT, wofür die SIND (FK02\_b, Pos 89).“*

Für ihre Tätigkeit wünschen sie sich mehr Zeit, personelle Ressourcen und persönlichen Kontakt sowie Möglichkeiten zum Aufbau von Beziehungen zu Patient:innen (FK06\_b, Pos 52, 54, FK04\_b, Pos 170). Die Rahmenbedingungen in der Klinik verleiten zu der Sorge, alles „unethisch“ (ebd.) und bürokratisch abzuwickeln, statt den Menschen mit seinen Bedürfnissen und Bedarfen wahrzunehmen. Dies bringt die Betroffenen in ein Spannungsverhältnis zu ihrer professionellen Haltung.

## Akteur:innen in Zerrissenheit

Als zentrales Phänomen erscheint eine Zerrissenheit, verstanden als „die Bedrängnis der Seele und der Zwiespalt des Subjekts, z.B. zwischen dem Anspruch des Herzens und der gegebenen Wirklichkeit“ (Dierse, 2004), hervorgerufen durch das oftmals widersprüchliche, spannungsreiche und konflikthafte Verhältnis zwischen Fallkomplexität und Bedarfen der Patient:innen und ihren Angehörigen einerseits sowie Pandemiefolgen und Anforderungen der Institution einschließlich anderer Professionen im Krankenhaus andererseits. In den Interviews betonen die Fachkräfte mehrfach und deutlich ihre ambivalente Positionierung. Eine Fachkraft spricht in diesem Zusammenhang davon, dass sie als „Verbindungsglied“ (FK10\_c, Pos. 36) zwischen verschiedenen Akteur:innen fungiert. Eine weitere Fachkraft benennt ihre „SANDWICH-Position zwischen VERSCHIEDENEN ähm INTERESSEN“ (FK01\_a, Pos. 48). So befassten sich die Fachkräfte hinsichtlich Fragen der Wirtschaftlichkeit mit der Frage, ob sie sich für eine möglichst rasche Entlassung in eine Anschlussversorgung einsetzen oder ihre

*„Zeit jemandem [widmen], der psychosoziale UNTERSTÜTZUNG und und ZUWENDUNG benötigt“ (FK08\_c, Pos. 64).*

In dem Bemühen, den Anforderungen der Praxis gerecht zu werden, befinden sich die Sozialarbeiter:innen fortwährend in einem Spannungsfeld zwischen den institutionellen Rahmenbedingungen und ihrem Professionswissen sowie ihrer Haltung. Dabei wurde an mehreren Stellen deutlich, dass ein zügiges Entlassmanagement und wirtschaftliche Erfordernisse sich schwerlich mit der professionellen Fallarbeit in Einklang bringen lassen.

In der Arbeit mit Patient:innen nimmt der Sozialdienst die Rolle des „Prellbocks“ ein (FK06\_b, Pos. 54). Insbesondere in der Pandemie, wenn Angehörige keine persönlichen Kontakte zu Patient:innen hatten, wurden gegenüber dem Sozialdienst „Ungeduld“, „Hilflosigkeit“ und „Angespanntheit“ (ebd., Pos. 52) deutlich. Patient:innen und Angehörige wussten nicht, wie Überleitungen nach der klinischen Versorgung zu gestalten waren, verblieben in Warteschleifen, waren mit hoher Intransparenz bezüglich der Abläufe und Verfahren konfrontiert und somit überfordert. Hinzu kamen Personalmangel und Schwierigkeiten aufgrund von Homeoffice sowie einem erschwerten Zugang zu Informationen in der Zusammenarbeit mit der nachstationären Versorgungslandschaft. Die Sozialarbeitenden befanden sich aufgrund ihrer intermediären Funktion in einem Spannungsfeld, das sie sich kontinuierlich vergegenwärtigen mussten, um ihren Aufgaben gerecht werden zu können.

*„...ich muss mich WIEDERHOLT auch immer wieder so SELBST zurechtweisen [...] RUF mich immer wieder zurück und sage hey, es kann KEINER was ((lachend)) dafür, wir sind alle in demselben BOOT“ (ebd).*

### **Mangelnde Wahrnehmung und Wertschätzung Sozialer Arbeit im Krankenhaus**

intervenierende Bedingungen die fördernd oder einengend auf Handlungs- und interaktionalen Strategien wirken

- mangelnde Wahrnehmung/ Wertschätzung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus
- Arbeit unter Zeitdruck, mangelnder Digitalisierung und zugleich steigender Fallkomplexität und Ansprüche an die Fallarbeit

### **Verunsicherung und Belastungen bei unklaren Handlungsspielräumen**

Kontext in dem sich das Gefühl von Zerrissenheit entfaltet

- Belastungen und Verunsicherungen in der Erbringungspraxis
- unklare Rahmenbedingungen und kollegiale Lösungen im „Kleinen“
- Beratung unter herausfordernden Bedingungen

### **Intermediäre Funktion in Krisenzeiten**

als ursächliche Bedingung für das Gefühl von Zerrissenheit

- intermediäre Funktion Sozialer Arbeit im Spannungsfeld der Akteur:innen im Krankenhaus
- Konfrontation mit Transformationsprozessen und (multiplen) Krisen und ihren Auswirkungen

### **Akteur:innen in Zerrissenheit**

- die Sozialarbeiter:innen befinden sich im Spannungsfeld institutioneller Anforderungen und Rahmenbedingungen und Professionswissen und -selbstverständnis (Haltung).
- sie fühlen sich hin und her gerissenes zwischen Fallkomplexität, Bedarfen der Patient:innen und Angehörigen, den Pandemiefolgen und Anforderungen des Erbringungskontext Krankenhaus

### **Bewältigung des Berufsalltags über die Pandemie hinaus**

Handlungs- und interaktionale Strategien in der Bewältigung wahrgenommener Zerrissenheit

- Versuche Routinen und Ansprüchen gerecht zu werden
- Pandemie(folgen) werden als neue Normalität wahrgenommen
- professionelles Handeln droht sich zugunsten institutioneller Erwartungen zu formieren

### **Balanceakt zwischen Wirtschaftlichkeit und professioneller Fallarbeit**

als Konsequenzen für die Praxis Sozialer Arbeit im Krankenhaus

- fortwährendes Ausbalancieren der Ausrichtung auf Wirtschaftlichkeit und Fallarbeit unter Zeitdruck und dem eigenen professionellen Anspruch
- Prävention, Partizipation, Teilhabeorientierung und Empowerment drohen in den Hintergrund zu treten

Abbildung 3: Kodierparadigma zur Darstellung der Verbindungen zwischen Kategorien in den Daten.

## Intermediarität in Krisenzeiten

Die Zerrissenheit der Sozialarbeitenden resultiert einerseits aus ihrer intermediären Funktion zwischen den beteiligten Akteur:innen im Krankenhaus, der Familie und Nachsorge. Andererseits trägt die Konfrontation mit (multiplen) Krisen und gesellschaftlichen Transformationsprozessen zur Entwicklung dieses zentralen Phänomens eines Gefühls von Zerrissenheit bei. In der Auseinandersetzung mit (multiplen) Krisen wie der Corona Pandemie und ihren Veränderungsdynamiken werden bestehende Herausforderungen verschärft. Gleichzeitig erhöhen sich die Anforderungen durch die Auswirkungen fortschreitender gesellschaftlicher Transformationsprozesse, etwa des demografischen Wandels, der Digitalisierung, der Abwanderung von Fachpersonal, steigender Armut, des Umbaus von Familienstrukturen und anderer Faktoren. Diese Aspekte treten zur intermediären Funktion des Krankenhaussozialdienstes hinzu und wirken sich wie ein Brennglas auf die Praxis aus.

Die Fachkräfte verweisen in diesem Kontext auf die Kontakteinschränkungen, die das gewohnte Arbeiten „an Patient:innen“ behindern und andere Formen der Fallarbeit erfordern. Eine Fachkraft wies darauf hin, dass Soziale Arbeit auf den Kontakt mit Adressat:innen angewiesen sei. Durch die pandemiebedingten Kontakteinschränkungen – „Angehörige durften nicht mehr zu BESUCH kommen [...] WIR durften nicht mehr zu den Patienten ins Zimmer“ (FK18\_f, Pos. 36) – war dieser Grundsatz vorübergehend außer Kraft gesetzt. Daneben wurde auch ein erhöhtes Arbeitsaufkommen beschrieben, das u. a. auf die erschwerte Vermittlung in weiterversorgende sowie nachsorgende Einrichtungen zurückgeführt wird. Um einen Kurzzeitpflegeplatz oder einen Platz in z.B. einem geriatrischen Krankenhaus zu finden, mussten Fachkräfte zum Erhebungszeitpunkt annähernd doppelt so viele Einrichtungen kontaktieren. Selbst dann wurden sie meist nicht fündig. Diese Herausforderungen wurden auf Personalausfälle oder darauf zurückgeführt, dass die Übernahme von COVID-positiven Patient:innen verweigert wurde (FK01\_a, Pos. 48; FK03\_b, Pos. 132-136; FK05\_c, Pos. 84; FK07\_a, Pos. 70, FK16\_g, Pos. 52-56). Darüber hinaus wurde zu Beginn der Pandemie ein erhöhter Arbeitsaufwand durch viele zu entlassende Patient:innen verzeichnet, da die Erwartung bestand Platz für „TAUSENDE von COVID-Kranken“ zu benötigen (FK08\_c, Pos. 40).

### Verunsicherung und Belastungen bei unklaren Handlungsspielräumen

Im Kontext der spezifischen Eigenschaften des Phänomens der Zerrissenheit und der Bedingungen, innerhalb derer sich Handlungs- und Interaktionsstrategien entfalten, um mit dieser Zerrissenheit umzugehen, zeigen sich Belastungen und Verunsicherungen durch die pandemischen Veränderungen. Innerhalb der Krankenhäuser gibt es unklare Handlungsrahmungen die zu kollegial geteilten Lösungsstrategien im „Kleinen“ führen. Dazu gehören Arbeitserleichterungen, wie der Verzicht auf Unterschriften der Patient:innen bei Anträgen und kreative Versuche der Fachkräfte, eine funktionierende telefonische anstelle einer Face-to-Face erfolgenden Beratung unter den Krisenbedingungen schnellstmöglich zu realisieren. Gemeinsam ist allen Lösungsstrategien, dass sie weder institutionell verankert noch von langfristiger Dauer sind. Handlungsspielräume müssen immer wieder austariert und den vorherrschenden Gegebenheiten angepasst werden.

Fachkräfte beschreiben zudem als verunsichernd, dass sie weder über relevante Veränderungen noch über die Neuerungen informiert wurden, die Auswirkungen auf ihren Arbeitsbereich hatten. Dies bezieht sich auf krankenhausinterne Entscheidungen, Informationen des Gesundheitsamts sowie die Aufnahmebereitschaft von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen (FK06\_b, Pos. 66; FK08\_c, Pos. 44; FK20\_f, Pos.121).

Auf die Frage nach Belastungen im Kontext der Pandemie berichten Fachkräfte von Überstunden, die durch einen erhöhten Zeitaufwand für ihre Arbeit bedingt waren. Dieser Faktor wird auf eine erhöhte Fallkomplexität mit einer gestiegenen Fallzahl, komplexeren Abläufen und einem stark erhöhten Pflegeaufwand zurückgeführt (FK19\_a, Pos. 35 – 144, FK07\_a, Pos. 52-54, FK18\_f, Pos. 70). Dabei steht die bedrohlich erscheinende Befürchtung im Raum, dass aufgrund der Vielzahl von Patient:innen und ihrer Fallkomplexität Informationen zur Lebenssituation verlorengehen könnten (FK19\_a, Pos. 35 – 144). Eine Fachkraft konkretisiert die „BELASTUNGSSITUATION“ als „eine ständige UNTERBESETZUNG in VERSCHIEDENSTEN Bereichen, was ja auch dann dazu führt, dass man (1) auch nicht zeitgerecht seine SACHEN schaffen kann“ (FK01\_a, Pos. 78). Darüber hinaus seien die Liegezeiten reduziert, sodass die Fachkräfte „in VIEL kürzerer Zeit oft VIEL mehr Dinge erledigen [müssen]“ (FK07\_a, Pos. 52-54). Dies verschärfte sich durch Personalausfälle von Fachkräften aufgrund einer Coronainfektion (FK14\_c, Pos. 30, 62; FK16\_g, Pos. 50-52).

### Mangelnde Wahrnehmung und Wertschätzung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus

Intervenierende Bedingungen, die fördernd oder einschränkend auf Handlungsstrategien wirken, sind in einer unzureichenden Wahrnehmung und Anerkennung des Krankenhaussozialdienstes und seiner Aufgaben zu identifizieren. Dies kann in dem breiteren strukturellen Kontext betrachtet werden, der sich aus dem Status und unklaren Professionsverständnis Sozialer Arbeit ‚zwischen‘ den Gesundheitsfachberufen in der Institution Krankenhaus entwickelt. Gesellschaftlich wird Soziale Arbeit oft als Helfer:in für Menschen wahrgenommen, die am Rande der Gesellschaft stehen. Die Aufgaben der Förderung sozialer Teilhabe trotz und mit Erkrankung, der Patient:innenorientierung, sowie der Stärkung von Partizipation und Empowerment korrespondieren mit diesem ‚Image‘ nur ansatzweise. Neben der unzureichenden Wahrnehmung und Anerkennung wirken auch Transformationsprozesse und Krisen intervenierend auf die Tätigkeiten und Handlungsfelder der Sozialarbeitenden ein. Diese Prozesse können als breitere und allgemeinere Bedingungen verstanden werden, die auf Handlungs- und interaktionale Strategien der Fachkräfte einwirken. Hierzu zählen der Grad der Umsetzung von Digitalisierungsstrategien, steigende Anforderungen an die Fallarbeit, vor allem durch vermehrte von der ‚Norm‘ abweichende Fälle mit besonderem Versorgungsbedarf (multimorbide Komplexfälle sowie Sprachbarrieren) bei sinkenden Nachsorgeangeboten und begrenzten Möglichkeiten, diese im Rahmen der verfügbaren Ressourcen durch die Sozialdienste zu organisieren. Darüber hinaus wächst die Verantwortung von Patient:innen und ihren Angehörigen, sich in belastenden Lebenssituationen durch das Gesundheitssystem zu navigieren. Das Wissen darüber zu erlangen, welche Anträge wann,

wie und wo zu stellen sind (Bürokratisierung und Versäulung der Versorgungssysteme), fällt vielen Patient:innen schwer. Wenn gleichzeitig familiäre Netzwerke wegfallen oder sich minimieren, wird Sozialberatung und professionelle Unterstützung unerlässlich. Die Patient:innen erscheinen hinsichtlich ihres Unterstützungsbedarfs bei der „Lösung SOZIALRECHTLICHER oder auch INSGESAMT sozialer Probleme“ (FK08\_c, Pos. 56) deutlich bedürftiger. Die Wahrnehmung und die Akzeptanz der Sozialdienste in dieser Zeit wurden durch vermehrte Kontakte zu Angehörigen gestärkt, die Informationen über Patient:innen erhalten wollten. Unzureichende oder mangelhafte Digitalisierungsstrategien müssen weiterhin als relevante Faktoren in den Kontext der intervenierenden Bedingungen einbezogen werden. Noch immer werden überwiegend analoge Dokumente verwendet, und die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen erfolgt oft telefonisch oder über Papierakten. Es gibt keine einheitliche Software für die Suche nach freien Plätzen in Pflegeeinrichtungen und die Weitervermittlung von Patient:innen, oder sie existiert, wird aber nicht genutzt. Der Grad der Digitalisierung im Krankenhaus wird damit mehr als Belastung denn als Entlastung der Arbeit wahrgenommen. Zudem trägt dies dazu bei, dass Berufsgruppen untereinander keine einheitlichen Verfahren zur Verfügung stehen. Es bleibt offen, inwieweit die Tätigkeit des Sozialdiensts im Krankenhausinformationssystem (KIS) als integraler Bestandteil des multiprofessionellen Teams berücksichtigt wird.

### Bewältigung des Berufsalltags über die Pandemie hinaus

Im Umgang mit der von Fachkräften Sozialer Arbeit im Krankenhaussozialdienst wahrgenommenen Zerrissenheit lassen sich im Prozess der pandemischen Lage und der Bewältigung des Berufsalltags über die Corona-Krise hinaus verschiedene Umgangsformen identifizieren. Die Pandemiefolgen konstruieren eine neue Normalität, die einen flexiblen und kreativen Umgang mit praxeologischen Herausforderungen wie der Bewältigung von steigenden Fallzahlen mit komplexem Versorgungsbedarf beinhaltet. Dabei wird versucht, alten Routinen und Ansprüchen unter den gegebenen Bedingungen weiterhin gerecht zu werden und gleichzeitig neuen Anforderungen über die Pandemie hinweg nachzukommen, etwa einer verstärkten Nutzung von Digitalität. Das Gefühl der Zerrissenheit spitzt sich dabei zu, und Fachkräfte drohen sich in ihrer intermediären Funktion (ihrem Mandat für die Patient:innen, Angehörigen, den Leistungsträgern mit seinen Akteuren und ihrer Profession) durch den institutionellen Druck tendenziell eher zugunsten organisationaler Erwartungen zu positionieren.

Identifiziert werden kann eine Praxis, die mitunter auf Wirtschaftlichkeit ausgerichtet ist, vorrangig ein zügiges Entlassmanagement fokussiert, Fallarbeit unter Zeitdruck in Kauf nimmt und dabei versucht die Versorgung der Patient:innen unter den erschwerten Bedingungen dennoch im Sinne einer professionellen Positionierung zu bewerkstelligen. Einzelne Fachkräfte befürchten, dass eine vorrangig an ökonomischen Erfordernissen orientierte Praxis sich dauerhaft durchsetzen könnte. Damit würden sie ihren eigenen Ansprüchen an die Arbeit nicht gerecht. Vor diesem Hintergrund gerät beispielsweise die Beteiligung der Patient:innen an sie betreffenden Entscheidungsprozessen ins Hintertreffen, obwohl die Fachkräfte um die Bedeutsamkeit von Partizipation wissen. Diese Praxis widerspricht den Interaktionsstrategien der Fachkräfte an ein ‚gutes‘, professionelles Handeln. Sie können sich dem jedoch auch nicht entziehen.

### Balanceakt zwischen Wirtschaftlichkeit und professioneller Fallarbeit

Als Ergebnis oder Konsequenz erleben die Sozialarbeitenden fortwährend ein Abwägen zwischen Aspekten der Wirtschaftlichkeit, institutionellen Anforderungen, professioneller Fallarbeit und ihrer Haltung dazu. Das Entlassmanagement rückt in den Fokus der Fallarbeit, wobei Patient:innenorientierung, Partizipation und Empowerment in den Hintergrund treten. Dies ist kaum konsequent im Sozialdienst institutionalisiert, sodass die Sozialarbeitenden mitunter erst spät von Kolleg:innen im multiprofessionellen Team eingeschaltet werden und dann Entlassungen innerhalb weniger Tage organisieren müssen. Diese Konsequenz erscheint kaum beabsichtigt, sondern versteht sich als logische Folge für die wenig wahrgenommene Profession im Krankenhaus. Für die Fachkräfte der Sozialen Arbeit bedeutet dies, dass sie langfristige präventive Planungen nur schwer umsetzen können. Stattdessen müssen sie immer wieder unter dem Zeitdruck der

Entlassung schnelle Lösungen finden, um Patient:innen eine angemessene Nachsorge zu ermöglichen.

In der Pandemie spitzte sich diese Situation durch die sinkenden Einnahmen der Kliniken, steigenden Zahlen komplexer Fälle und erschwerte Bedingungen in der Organisation der Nachsorge drastisch zu. Nach einer ersten ruhigen Phase in den Krankenhäusern, in der Betten für COVID-Patient:innen freigehalten wurden, folgte eine unübersichtliche und intensive Phase während der Lockdowns und der Corona-Wellen. Seit der Pandemie hat der wirtschaftliche Druck auf die Kliniken jedoch keineswegs nachgelassen. Die Folgen der Krise führen im Zusammenspiel mit anderen Herausforderungen zu einer verstärkten Ausrichtung auf Kosteneffizienz und somit zu einem weiterhin bestehenden Druck auf die Sozialarbeitenden.

## Professionelles Handeln Sozialarbeitender im Krankenhaus unter und nach den Krisenbedingungen der COVID-19 Pandemie

Eine spezifische Form von Zerrissenheit durchzieht den praktischen Alltag der befragten Fachkräfte in Sozialdiensten. Dieses Spannungsfeld erstreckt sich einerseits über die Krisenbedingungen der Pandemie und andererseits über die Rahmenbedingungen des Erbringungskontextes, unabhängig von der pandemischen Lage. Die Umsetzung professionellen Handelns zur eigenen Zufriedenheit und das Streben nach professionellem Anspruch stehen in einem Spannungsverhältnis zu den strukturellen Bedingungen im klinischen Kontext. Das Ergebnis ist ein widersprüchliches Geflecht von Handlungsansprüchen und Handlungs(un)möglichkeiten (Hochuli Freund & Stotz, 2021). Dies zeigt sich in den Interviews als Form der Zerrissenheit zwischen den Möglichkeiten, im Rahmen beruflicher Praxis wirksam zu werden, und dem Anspruch an die eigene Professionalität. Befragte werden gezwungen, sich immer wieder in ein Spannungsverhältnis zu begeben und sich dem System Krankenhaus sowie den ihm inhärenten Anforderungen unterzuordnen.

Die Versorgungslandschaft hingegen scheint in einer anhaltenden Krise zu verharren und ohne die Beteiligung der Sozialen Arbeit kaum den Herausforderungen der gesellschaftlichen Transformation im Krankenhaus gerecht zu werden. Patient:innen sehen sich häufig mit schweren psychosozialen, chronischen und komplexen Belastungen konfrontiert. Zugleich wird das Versorgungssystem zunehmend brüchig. Werden Maßnahmen zur Rehabilitation oder sozialen Absicherung nach der klinischen Versorgung nicht in Anspruch genommen, kann dies nachhaltige Auswirkungen auf die Teilhabe in allen Lebensbereichen haben. Die Relevanz einer umfassenden Unterstützung erkrankter oder von Erkrankung bedrohter Menschen hat nicht erst seit der Pandemie zugenommen. Es ist allgemein bekannt, dass das Gesundheits- sowie das soziale Sicherungssystem nicht nur für Menschen mit eingeschränktem Zugang zu entsprechenden Bewältigungsressourcen undurchsichtig erscheint, sondern auch die Nichtinanspruchnahme begünstigt. Werden die Fall- und die Versorgungskomplexität in einen gesellschaftlichen Transformationsdiskurs eingeordnet, sind die Gründe in der multiplen Krise (Brand, 2009) zu finden und lassen sich kaum in der Post-COVID-19-Zeit als überwunden betrachten.

Wirtschaftliche Krisen, Armut, Folgen des Klimawandels, Flucht und Migration, soziale Spaltung u.v.m. zeigen sich in den vorliegenden Daten im Kleinen wie im Großen, u. a. in einem Mangel an Care-Fachkräften, Digitalisierungsprozessen im Gesundheitswesen, sich verändernden Familienstrukturen mit Auswirkungen auf familiäre Versorgungskontexte, der Marginalisierung von Menschen in prekären Lebenslagen und kaum adäquaten Antworten der versäulten Strukturen in den Sektoren Gesundheit und Soziales. Die Soziale Arbeit im Krankenhaus hat hierzu die entsprechenden Konzepte und Methoden parat. Vor dem Hintergrund der Möglichkeitsräume ihrer Erbringungspraxis (Hochuli Freund & Stotz, 2021; Schütze, 2021) ist es ihr jedoch nur schwer möglich, dem Anspruch der diffusen Allzuständigkeit, im Gegensatz zu dem annähernd klaren Auftrag der Gesundheitsfachberufe, für die komplexen Probleme ihrer Patient:innen und deren Angehörigen nachzukommen. Insbesondere spiegeln dies die Daten in Form einer fehlenden Wahrnehmung und Anerkennung ihrer Profession sowie ihrer Rolle und ihrer Aufgaben im Krankenhaus wider. Im Sinne der doppelten Loyalitätsverpflichtung wird Zerrissenheit vor allem deutlich durch die verschiedenen Handlungslogiken, wie die

diversen, teils kaum oder zu starr standardisierten bürokratischen Verfahren, mit denen die Fachkräfte im inner- und außerklinischen Kontext konfrontiert sind. Solange die Aufgabe des Entlassmanagements und hohe Fallzahlen die Handlungsfreiheiten der Sozialen Arbeit begrenzen, wird die komplexe Fall-, Vernetzungs- und psychosoziale Beratungsarbeit strukturell vernachlässigt bzw. nur durch Kreativität der Fachkräfte im Einzelfall ermöglicht. Was es bräuchte, wäre ein klar abgegrenzter und autonom von Sozialer Arbeit gestaltbarer professioneller Handlungsspielraum im Sinne professioneller Autonomie.

Konstatieren lässt sich, dass Veränderungen in, während und nach der Pandemie zwar vollzogen, wurden und sich auf die Praxis im Sozialdienst der Krankenhäuser auswirkten, jedoch in bereits vor der Pandemie vorhandene und sich nach COVID-19 zugespitzte gesellschaftliche Herausforderungen eingebettet sind. Zudem lässt sich feststellen, dass ein 'echtes Crisis-Learning' nur im Ansatz sichtbar wurde. Obwohl sich die Beratung, die Behandlung und die Versorgung von Patient:innen bspw. mit Blick auf digitale Medien positiv entwickelten, gibt es nur wenige Hinweise darauf, dass durch die Veränderungsdynamiken der pandemischen Krise tatsächlich Transformationsprozesse angestoßen werden konnten. Es scheint eher bereits wieder eine Rückkehr zur Normalität eingetreten zu sein, indem Fachkräfte sich mit dieser Situation abgefunden haben.

Die Erkenntnisse verdeutlichen, dass eine verstärkte Wahrnehmung und Anerkennung Sozialer Arbeit im Krankenhaus erforderlich sind. Diese wird in Zukunft an Bedeutung zunehmen und ist auf eine klare strukturelle Verortung angewiesen, die von den gesetzgebenden Instanzen der Länder bis zur Umsetzung in den Krankenhäusern durch die Geschäftsführung und Leitung der Sozialdienste reicht.

Für die Soziale Arbeit selbst bedeutet dies eine intensivere Vernetzung und Organisation der Fachkräfte auf lokaler Ebene (z. B. durch Arbeitskreise) sowie auf fachverbandlicher Ebene (bspw. über die DVSG). Dazu gehören auch entsprechende Fort- und Weiterbildungsangebote, etwa im Bereich des Fallverstehens und der Sozialen Diagnostik sowie in der Förderung von Multi- und Interprofessionalität. Die Schaffung von Sichtbarkeit und Transparenz bezüglich ihrer Rolle und Aufgaben in den Kliniken kann bspw. durch multi- oder interprofessionelle Fallkonferenzen erfolgen.

Im Hinblick auf die Disziplin ist es weiterhin relevant zu untersuchen, welche professionellen Praktiken in der Erbringungspraxis im Krankenhaus rekonstruiert werden können. Insbesondere unter den krisenhaften Bedingungen des Berufsalltags stellt sich die Frage, wie es Sozialarbeitenden gelingt, Handlungsspielräume professioneller Praxis zu bewahren. Eine Ergänzung der vorliegenden Daten durch Erkenntnisse aus der gelebten beruflichen Alltagspraxis in einem zweiten Untersuchungsschritt ist daher von Bedeutung. Ziel wäre die Rekonstruktion der Herstellung sozialer Ordnung im interprofessionellen Team aus Perspektive der Fachkräfte, die sich primär in Fallgeschichten manifestiert. Dieser zusätzliche Ansatz kann dazu beitragen genauere Erkenntnisse über die Entfaltungsräume fachlich-professionellen Handelns der Sozialen Arbeit im Krankenhaus zu gewinnen und konkretere Implikationen für Praxis, Wissenschaft sowie den fachpolitischen Diskurs hervorzubringen.

#### 4. Literatur

- Auth, D. (2017). Pflegearbeit in Zeiten der Ökonomisierung: Wandel von Care-Regimen in Großbritannien, Schweden und Deutschland. In *Arbeit - Demokratie - Geschlecht*. Westfälisches Dampfboot.
- Banks, S., Cai, T., de Jonge, E., Shears, J., Shum, M., Sobočan, A. M., Strom, K., Truell, R., Úriz, M. J., & Weinberg, M. (2020). Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *International Social Work*, 63(5), 569–583.
- Blankenburg, K., & Cosanne, E. (2021). Gesellschaftliche Trends und Beschäftigtenzahlen in Praxisfeldern gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischof

- (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale* (2., akt. Aufl., S. 138–146). Ernst Reinhard.
- Braet, A., Weltens, C., Bruyneel, L., & Sermeus, W. (2016). The quality of transitions from hospital to home: A hospital-based cohort study of patient groups with high and low readmission rates. *International Journal of Care Coordination*, 19(1), 29–41.
- Brand, U. (2009). *Die Multiple Krise. Dynamik und Zusammenhang der Krisendimensionen, Anforderungen an politische Institutionen und Chancen progressiver Politik*. www.boell.de
- Bütow, B., & Maurer, S. (2017). Implizite Fachlichkeit? Zwischen ›riskierter Souveränität‹ und der ›Spezifik des sozial- pädagogischen Moments‹. *Neue Praxis. Sonderheft 14*, 85–94.
- Cannon, I. M. (2018). *Soziale Arbeit im Krankenhaus: Medizin und Soziales verbinden: Standardwerk aus dem Jahre 1913*. Books on Demand.
- Davis, C., Baldry, E., Milosevic, B., & Walsh, A. (2004). Defining the role of the hospital social worker in Australia. *International Social Work*, 47(3), 346–358.
- DBSH. (2020). *Soziale Arbeit während der Corona-Pandemie: Who cares?!*
- Defila, R., & Di Giulio, A. (2018). Partizipative Wissenserzeugung und Wissenschaftlichkeit – ein methodologischer Beitrag. In R. Defila & A. Di Giulio (Hrsg.), *Transdisziplinär und transformativ forschen. Eine Methodensammlung*. (S. 39–67). Springer.
- Dekker, S. (2017). *The Field Guide to Understanding „Human Error“* (3rd Editio). O’Reilly.
- Dierse, U. (2004). Zerrissenheit. In J. Ritter, K. Gründer, & G. Gabriel (Hrsg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie online* (S. 1305-ff.). Schwabe Verlag.
- DKI. (2018). *Krankenhausbarometer*.
- DKI. (2021). *Krankenhausbarometer*.
- DVSG. (2020). *Psychosoziale Unterstützung und pflegerische Versorgung der Bevölkerung muss sichergestellt sein*. DVSG Statement zur psychosozialen Versorgung. [online]. Zugriff unter: <https://dvsg.org/veroeffentlichungen/stellungnahmen-und-positionen/>
- Fatke, B., Hölzle, P., Frank, A., & Förstl, H. (2020). Psychische Probleme in der Pandemie – Beobachtungen während der COVID-19-Krise. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*.
- G-BA. (2020). *Befristete Sonderregelungen im Zusammen- hang mit der Coronavirus-Pandemie*.
- Hanses, A. (2011). Sozialdienste in Krankenhäusern – zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert, & S. Müller (Hrsg.), *Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit Materialanalysen und kritische Kommentare* (S. 64–83). VS Verlag.
- Hartung, S., Wihofszky, P., & Wright, M. T. (2020). *Partizipative Forschung. Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden*. Springer Verlag.
- Heberlein, I., & Heberlein, I. (2017). Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2017* (S. 217–228). Schattauer.
- Heggen, K., Sandset, T. J., & Engebretsen, E. (2020). Covid-19 and sustainable development goals. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(10), 646.
- Hochuli Freund, U., & Stotz, W. (2021). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit: ein methodenintegratives Lehrbuch* (5., überarb. Aufl.). Kohlhammer Verlag.
- IFSW. (2020). *ETHICAL DECISION-MAKING IN THE FACE OF COVID-19*. International Federation of Social Workers. [online]. Zugriff unter: <https://www.ifsw.org/wp-content/uploads/2020/04/Option-A-Ethical-Decision-making-in-the-face-of-COVID-19.pdf>
- Igl, G. (2017). *Rechtliche Verankerung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen*. LIT Verlag.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung: Bde. 5., üb. Aufl.* Beltz.
- Meuser, M., & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview - konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Lauth, & D. Jalm (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft* (S. 464–479). VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Meyer, N., & Buschle, C. (2020). *Soziale Arbeit in der Corona-Pandemie: Zwischen Überforderung und Marginalisierung. Empirische Trends und professionstheoretische Analysen zur Arbeitssituation im Lockdown.*
- Rademaker, A. L. (2021). Auswirkungen der Corona-Krise für Soziale Arbeit in einem ökonomisierten Gesundheitswesen. *neue praxis*, 1(51), 367–374.
- Reinicke, P. (2008). *Sozialarbeit im Gesundheitswesen: Geschichte, Dokumente, Lebensbilder.* Lambertus Verlag.
- RKI. (2020). Sozioökonomische Ungleichheit im Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 – Erste Ergebnisse einer Analyse der Meldedaten für Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 5, 19–31.
- Röh, D. (2013). Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung. In *Die Wissenschaft Soziale Arbeit im Diskurs.* Springer Fachmedien.
- Röhr, S., Müller, F., Jung, F., Apfelbacher, C., Seidler, A., & Riedel-Heller, S. G. (2020). Psychosoziale Folgen von Quarantänemaßnahmen bei schwerwiegenden Coronavirus-Ausbrüchen: ein Rapid Review. *Psychiatrische Praxis*, 47, 179–189.
- Rosenthal, G. (2015). *Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung* (5., ak.erg. Aufl.). Beltz Juventa.
- Schörmann, C., Quehl, C., König, D., Lanwehr-Möller, B., & Rademaker, A. L. (2022). Die Pandemie als Digitalisierungsschub? Erste Erkenntnisse der Untersuchung postCOVID@owl über die Soziale Arbeit im Krankenhaus in der Pandemie. *FORUM sozialarbeit + gesundheit*, 4, 10–14.
- Schütze, F. (2021). *Professionalität und Professionalisierung in pädagogischen Handlungsfeldern: Soziale Arbeit.* Barbara Budrich.
- Siegrist, J., Mekel, O., Plaß, D., Icks, A., Wahrendorf, M., Dragano, & Hoffmann, B. (2020). *Integrierte gesundheitspolitische Empfehlungen - Eine Begründung integrierter gesundheits- politischer Empfehlungen zur Eindämmung indirekter gesundheitlicher Folgen der COVID-19 Pandemie im Rahmen internationaler Public-Health-Entwicklungen.*
- Sjöström, M. (2013). *To blend in or stand out? Hospital Social Workers' Jurisdictional Work in Sweden and Germany.*
- Sommerfeld, P. (2019). Integration und Lebensführung - Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischkopf (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 28–38). Ernst Reinhardt Verlag.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung.* Beltz - Psychologie Verlag Union.
- Strom-Gottfried, K. (2019). Ethics in Health Care. In S. Gehlert & T. Browne (Hrsg.), *Handbook of Health Social Work* (3. Aufl., S. 37–70). John Wiley & Sons, Inc.
- Truell, B. R., & Crompton, S. (2020). *To the top of the cliff How social work changed with COVID-19.*
- van Rießen, A. (2021). (Re-)Politisierung Sozialer Arbeit – eine Chance in Zeiten gesellschaftlicher Umbrüche? Empirische Analysen im Hinblick auf die (Re-)Aktionen Sozialer Arbeit während der Corona-Pandemie. In R. Lutz, J. Steinhaußen, & J. Kniffki (Hrsg.), *Corona, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Neue Perspektiven und Pfade* (S. 317–330). Beltz Juventa.
- Williamson, E. J., Walker, A. J., Bhaskaran, K., Bacon, S., Bates, C., Morton, C. E., Curtis, H. J., Mehrkar, A., Evans, D., Inglesby, P., Cockburn, J., McDonald, H. I., Mackenna, B., Tomlinson, L., Douglas, I. J., Rentsch, C. T., Mathur, R., Wong, A. Y. S., Grieve, R., ... Goldacre, B. (2020). OpenSAFELY: factors associated with COVID-19 death in 17 million patients. *Nature*.
- Wingenfeld, K. (2005). *Die Entlassung aus dem Krankenhaus: Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen.* Huber.

**Autorinnen:** Anna Lena Rademaker, Christin Schörmann und Chantal Quehl,  
**Kontakt:** [anna-lena.rademaker@hsbi.de](mailto:anna-lena.rademaker@hsbi.de)

Prof. Dr. Anna Lena Rademaker, M. A. Soziale Arbeit, Professorin für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, Hochschule Bielefeld (HSBI) University of Applied Sciences and Arts, Fachbereich Sozialwesen. Kontakt: [anna-lena.rademaker@hsbi.de](mailto:anna-lena.rademaker@hsbi.de)

Prof. Dr. Christin Schörmann, Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin M. A., Professorin für Soziale Arbeit, IU International University of Applied Sciences, Campus Duisburg, Fachgebiet Sozialwissenschaften. Kontakt: [christin.schoermann@iu.org](mailto:christin.schoermann@iu.org)

Chantal Quehl, B.A. Soziale Arbeit, Sozialarbeiterin im Sozialdienst/Entlassmanagement in der BDH (Bundesverband für Rehabilitation)-Klinik Hessisch Oldendorf, Neurologisches Zentrum für Intensivmedizin, Stroke Unit und phasenübergreifende Rehabilitation. Kontakt: [chantal\\_quehl@web.de](mailto:chantal_quehl@web.de)