

Ursula H. Pabsch

Der Mensch ist mehr als seine Krankheit

Systemische Soziale Arbeit
im Krankenhaus

Mit einem Vorwort von Helmut Pauls

2024

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Dr. h. c. Rolf Arnold (Kaiserslautern)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Dresden)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Köln)
Dr. Barbara Heitger (Wien)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Witten/Herdecke)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)
Tom Levold (Köln)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)
Dr. Burkhard Peter (München)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)
Dr. Rüdiger Retzlaff (Heidelberg)

Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Dr. Wilhelm Rothhaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Jochen Schweitzer † (Heidelberg)
Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin † (Heidelberg)
Karsten Trebesch (Dallgow-Döberitz)
Bernhard Trenkle (Rotweil)
Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)
Prof. Dr. Jan V. Wirth (Meerbusch)

Themenreihe »Systemische Soziale Arbeit«

hrsg. von Heiko Kleve

Reihengestaltung: Uwe Göbel

Umschlaggestaltung: B. Charlotte Ulrich

Umschlagmotiv: © Rafa Fernandez – stock.adobe.com

Redaktion: Nicola Offermanns

Satz: Drißner-Design u. DTP, Meßstetten

Printed in Germany

Druck und Bindung: CPI books GmbH, Leck



Erste Auflage, 2024

ISBN 978-3-8497-0519-0 (Printausgabe)

ISBN 978-3-8497-8473-7 (ePUB)

© 2024 Carl-Auer-Systeme Verlag

und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg

Alle Rechte vorbehalten

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren

und zum Verlag finden Sie unter: <https://www.carl-auer.de/>

Dort können Sie auch unseren Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH

Vangerowstraße 14 • 69115 Heidelberg

Tel. +49 6221 6438-0 • Fax +49 6221 6438-22

info@carl-auer.de

*In Erinnerung an meinen Lieblingssoziologen
Dr. Ralf Wiederer (1973–2023)*

Inhalt

Vorwort	11
Einleitung	15
1 Menschenbild	19
2 Im System steckt mehr, als wir sehen	23
2.1 Gesundheit versus Krankheit	27
2.2 Gesundheitswesen versus Heilungsauftrag, Gesellschaft versus Individuum	32
2.3 Soziale Arbeit in Kliniken versus Klinische Sozialarbeit	35
2.4 Systemische Therapie versus Systemische Sozialarbeit	40
3 Grundbegriffe systemischer Beratung	44
3.1 Autopoiese	44
3.2 Kybernetik	45
3.3 Relevanz für den klinischen Kontext	46
4 Haltung	49
4.1 Dialogbereitschaft	50
4.2 Neutralität	52
4.3 Informationsbereitschaft	53
4.4 Kooperationsbereitschaft	56
4.5 Verantwortungsübernahme	60
5 Auftragsklärung	63
6 Systemische Interventionen	65
6.1 Genogramm	68
6.2 Familienbrett	73
6.3 Systemische Fragen	75
6.3.1 Reflexive Fragen	77
6.3.2 Ressourcenorientierte Fragen	79
6.3.3 Zirkuläre Fragen	81
6.3.4 Lösungsorientierte Fragen	84
6.3.5 Skala-Frage	86

6.3.6 Externalisierung	88
6.3.7 Wunderfrage	90
6.4 Reframing	93
6.5 Regeltransformation	95
6.6 Komplimente	98
6.7 Erfolgstreppe	100
6.8 Gedankenkreis	103
6.9 Bubble-Übung	106
6.10 Hypothesen	108
6.11 Leitfaden für ein systemisches Interview	110
7 Soziale Diagnostik	117
7.1 Sichtung der medizinischen Daten und Behandlungsverlauf	118
7.2 Erhebung der sozialen Daten	118
7.3 Ermittlung der sozialen Ressourcen	118
7.4 Ermittlung der psychischen Ressourcen	119
7.5 Erstellung eines Hilfeplans	119
8 Familienaspekte und Lebensmodelle	121
8.1 Familienphasen	121
8.2 Familienglaubenssätze	122
8.3 Lebensmodelle und -wirklichkeiten	124
9 Erkrankungsphasen	126
9.1 Akute Erkrankungen	126
9.2 Chronische Erkrankungen	127
9.2.1 Angeborene Erkrankungen	128
9.2.2 Erworbene Erkrankungen	129
10 Langfristige Folgen einer Erkrankung	131
10.1 Behinderung	131
10.1.1 Körperliche Behinderung	131
10.1.2 Seelische Behinderung	132
10.1.3 Geistige Behinderung	132
10.2 Pflegebedürftigkeit	133
11 Praxisfelder	135
11.1 Akutkliniken	135
11.1.1 Kardiologie	136

11.1.2	Neurologie	138
11.1.3	Pneumologie	140
11.1.4	Onkologie	142
11.2	Rehakliniken	143
11.2.1	Geriatric	143
11.2.2	Neurologie	146
11.3	Ambulante Beratungsangebote	148
12	Fallbeispiele	149
12.1	Akute Erkrankungen	149
12.1.1	Drehtüreffekt	149
12.1.2	Wenn das Herz weint	150
12.1.3	Rote Rosen	151
12.1.4	Es ist vorbei	153
12.2	Rehabilitation	154
12.2.1	Silvester	154
12.2.2	Zukunftsberg	164
13	Berufliches Selbstverständnis	180
13.1	Berufliche Kompetenzen	180
13.2	Berufliches Selbstwertgefühl	182
14	Der Ärger mit den Gefühlen	187
15	Marketing in eigener Sache	190
16	Ein Blick in die Zukunft	193
16.1	Ambulantes freiberufliches Case Management	193
16.2	Forschungsfelder	195
	Zusammenfassung zum schnellen Überblick	197
	Anhang: Dokumentationsbogen zur Familienanamnese	199
	Literatur	200
	Über die Autorin	203

4 Haltung

Wie ich schon am Anfang beim Thema Menschenbild erläutert habe, äußert sich die Beraterische Haltung sehr feinsinnig in meinem Verhalten, in meinem Sprachgebrauch und der Art der Zuwendung zum Klienten. Aber nicht nur in meinem beruflichen Leben, sondern auch im privaten Bereich wird mein soziales Leben von dieser Haltung gegenüber anderen Menschen geprägt. Sicherlich gibt es Unterschiede je nach Kontext und den eigenen Erfahrungen in diesem Bereich. Wer beruflich mit gewalttätigen oder verbal verletzenden Menschen zu tun hat, ist bei der Partnersuche eventuell vorsichtiger. Gab es in der Herkunftsfamilie eine offene unkomplizierte Kommunikation, fällt im Berufsleben der unvoreingenommene Zugang zu anderen Menschen leichter. Wer als Kind viele negative Bewertungen und Zurechtweisungen erlebt hat, ist möglicherweise im Umgang mit Klienten eher bewertend als fördernd.

Für die therapeutische Ausbildung halte ich es daher für unabdingbar, sich mit der Kindheit, den eigenen Werten und den Erfahrungen im Umgang mit Freunden und auch Fremden auseinanderzusetzen:

- Was bedeutet es, um Hilfe zu bitten?
- Wie schöpfe ich Vertrauen? Wie viel Nähe oder auch Distanz brauche ich?
- Wer hat die Lizenz, mir einen Rat zu geben?
- Wie viel will ich eigentlich von mir preisgeben?
- Bei welchem Thema geht mein Beraterinnenherz auf?
- Welche Themen möchte ich nicht ansprechen?
- Womit möchte ich mich auch beruflich nicht beschäftigen?

Für diesen Klärungsprozess sollte in der Ausbildung genügend Raum sein. Die von Virginia Satir entwickelte Methode der »Familienrekonstruktion« veranschaulicht mit der Skulpturarbeit eindrucksvoll die Wirkung von Kommunikation und Beziehungsmustern (vgl. Nerin 1992, S. 163–182):

- Liebe ich quirlige Nähe oder brauche ich Abstand?
- Kann ich jemanden in die Augen schauen?

- Worauf reagiert mein Körper?
- Spüre ich Vertrauen?
- Wenn ja, wo genau im Körper meldet es sich?

Alle Lebenserfahrungen münden in meinem ganz spezifischen Umgang mit anderen Menschen. Manche Erfahrungen wirken zerstörend, andere aufbauend oder ermutigend. Für eine heilende Wirkung sind aus systemischer Sicht folgende Haltungen notwendig:

- Interesse und Neugier
- Respekt
- Wertschätzung
- Bescheidenheit
- Neutralität.

Mit der Gewissheit und dem Vertrauen auf die Autonomie des anderen, Hilfesuchenden, im Sinne der Autopoiese ist es mir als Beraterin möglich, den Prozess mit Interesse und Neugier auf dessen Lebenswirklichkeit und Wirklichkeitskonstruktion zu beginnen. Es sollte eine Begegnung auf Augenhöhe sein, was bei allem Expertentum bestimmt oft nicht einfach ist. Aber je bescheidener die Beraterin, desto mehr Raum gibt es für die Lösungen des Klienten. Je neutraler ich mir dessen Sicht der Dinge und der Verhältnisse anhören kann, desto unbefangener kann ich die Fragen stellen, die den Klienten zu einer neuen Sortierung und Deutung anregen können.

Bezogen auf den klinischen Alltag im Sozialdienst fasse ich diese Haltungsgrundsätze als *Dialogbereitschaft* mit systemischer Perspektive zusammen. Ergänzend dazu kommen für mich die folgenden Haltungen dazu:

- Informationsbereitschaft
- Kooperationsbereitschaft
- Verantwortungsübernahme.

4.1 Dialogbereitschaft

Die innere Haltung und ethische Reflexion ist nach Wilhelm Rotthaus (Rotthaus 2014, S. 500–509) grundlegend für die Arbeit von systemischen Therapeutinnen. Die systemischen Gespräche sind gekenn-

zeichnet durch das Interesse an der Persönlichkeit des Klienten. Die Wirklichkeit des anderen Lebens aus der Sicht des Erzählenden wird mit Neugier erkundet, geachtet und als solche wertgeschätzt. Die im Dialog stattfindende Resonanz ist Teil der Bereitschaft, als Experte bescheiden die richtigen Fragen zu stellen. Diese Fragen oder auch Methoden können heilend wirken – auch ohne vorher zu wissen, welche Wirkung der Dialog auf den Klienten hat. Die Worte der Beraterin fallen auf einen uns unbekanntem Nährboden. Die Bescheidenheit, nicht zu wissen, was gut für den Menschen ist, ist Ausdruck des Respekts für die Persönlichkeit und Autonomie des Klienten.

Im Prinzip ist die Dialogbereitschaft die Voraussetzung für ein wertschätzendes Gespräch. Ohne diese Haltung ist es schwierig, sich dem Menschen mit Empathie zu widmen und sich auf ihn und seine Lebenswirklichkeit einzulassen.

Zuhören, ohne zu bewerten, einen Rahmen schaffen für vertrauensvolle Nähe, ohne die professionelle Distanz zu verlieren, und achtsam mit der eigenen Resonanz im Dialog umgehen – das ist die hohe Kunst der Gesprächsführung.

Wie in der theoretischen Rahmung zur Entwicklung der Systemischen Therapie erwähnt hat mich die Philosophie von Martin Buber geprägt. Das dialogische Prinzip als Begegnung auf Augenhöhe halte ich für fundamental, um dem Klienten in seiner meistens misslichen Lage im Krankenhaus würdevoll begegnen zu können. Im dialogischen Kontakt mit der Klinischen Sozialarbeiterin wird für den Patienten der Weg klarer, wie er die verlorene Autonomie wiedererlangen kann. Sind die Gespräche und auch die organisatorischen Handlungen von Wertschätzung und Nutzung der Ressourcen geprägt, wirkt die grundlegende Haltung der Dialogbereitschaft entlastend. »Ich vertraue Ihnen« – so endeten schon viele Gespräche. Das Thema Vertrauen wird in der neueren Literatur zur Sozialen Arbeit u. a. unter dem Aspekt der Beziehungsarbeit in der Sozialen Arbeit diskutiert (vgl. Gogner u. Tordy 2023, S. 40–63).

Die Kontakte mit den Patienten oder auch Angehörigen sind im klinischen Alltag oft kurz getaktet. Es erscheint schon fast unmöglich, Zeit für den Vertrauensaufbau zu haben und gleichzeitig allen formalen Anforderungen gerecht zu werden, zumal für die Organisation der weiteren Versorgung oft Papierberge zu bewältigen sind. Aus langjäh-

riger Erfahrung ist es trotzdem lohnend, sich Zeit dafür zu nehmen und sich mit der entsprechenden inneren Dialogbereitschaft – im wahrsten Sinne der Worte – auf den Weg zum Patienten zu machen.

Fragen zur eigenen Reflexion

- Woran merke ich, dass mir ein Patient oder Angehöriger nicht sympathisch ist?
- Was tue ich, wenn es mir bewusst wird?
- Wann war mir das letzte Mal eine fremde Person emotional nah?
- Was genau hat diese Person gemacht?
- Woran merke ich, dass jemand wirklich Interesse an mir hat?

4.2 Neutralität

Den Aspekt der Neutralität – oder anders ausgedrückt: der Allparteilichkeit – möchte ich im klinischen Kontext gesondert betrachten. Zum einen meine ich die Haltung gegenüber dem Klienten, zum anderen auch die neutrale Haltung gegenüber den anderen Akteuren im System Krankenhaus.

In Bezug auf den Klienten ist es wichtig, die Lebenswirklichkeit vor der Erkrankung bzw. vor der Verschlimmerung eines chronischen Zustandes zu erfragen. Es gibt viele Lebensumstände, die objektiv betrachtet untragbar sind. Doch was ist schon objektiv? Pflegende Angehörige, die sich, von außen betrachtet, ständig überfordern? Pflegebedürftige Menschen, die zu Hause aus medizinischer und pflegerischer Sicht schlecht versorgt sind? Behinderte Kinder, die von äußerst engagierten Eltern sehr behütet und bisweilen unselbstständig gehalten werden, oder auch Menschen mit Krankheitsgewinn, die ständige Aufmerksamkeit erhalten möchten? Hier fällt es zugegebenermaßen schwer, diese Lebenskonstrukte mit der gebotenen Neutralität zu erforschen, ohne sie negativ zu bewerten. Die Bewertung muss dabei noch nicht einmal verbal passieren: Eine hochgezogene Augenbraue, ungläubige Augen, ein kurzes Räuspern – und schon weiß der Erzählende Bescheid. Die guten Ideen, wie sich der Alltag besser organisieren ließe, werden oft misstrauisch abgelehnt. Eine behutsame Erkundung dagegen hilft, den emotionalen Rahmen für Entlastung zu öffnen. Hierbei spielt es eine wichtige Rolle, den Angehörigen die Wertschätzung und Anerkennung dafür entgegenzubringen, was sie

bisher für den Kranken geleistet haben. Entlastende Angebote wie Pflegedienste, Tagespflege oder etwa die Nutzung von Kurzzeitpflege für einen Urlaub erscheinen möglicherweise eher als persönliches Versagen – in dem Sinne, dass man es nicht mehr alleine schafft. Im pathologischen Sinne gibt es auch das Konstrukt, dass niemand besser für den Patienten sorgen kann als der Angehörige. Die Kunst, die Familie für die Selbstfürsorge zu sensibilisieren, ist eine Gratwanderung auf dem Pfad der Neutralität und Wertschätzung. Ob sie die Entlastung dann annimmt, ist eine andere Frage, deren Beantwortung in der Achtung und dem Respekt für die familiäre Autonomie liegt.

Fragen zur eigenen Reflexion

- Was bewundere ich an der Familie?
- Angenommen, ich wäre der Patient: Was würde ich mir wünschen?
- Wie ist meine Familie mit Krankheit umgegangen?
- Was sind für mich ideale Angehörige?

4.3 Informationsbereitschaft

Menschen, die zum ersten Mal mit dem Thema »Krankheit« konfrontiert sind, sind zumeist sehr verunsichert. Der normale Alltag wird unterbrochen und je nach Diagnose und Verlauf handelt es sich nur um eine kurze Beeinträchtigung, oder das komplette Leben muss umgestaltet werden. Damit geht der Verlust der Autonomie einher, mit der man in der Lage war, das eigene Leben so zu gestalten, wie man wollte. Das kann zu einer Vielzahl von Krisen führen, die die Grenzen der gewohnten Bewältigungsstrategien übersteigen.

Mit einer aktiven Informationsbereitschaft kann die Beraterin dem Menschen, der nun Patient ist, Sicherheit in der unsicheren Situation vermitteln, was Teil eines heilungsfördernden Kommunikationsprozesses ist. Die Informationen beziehen sich in einem Krankenhaus naturgemäß insbesondere auf die Diagnose und Prognose. Medizinische Auskünfte obliegen natürlich der behandelnden Ärztin. In einer Klinik brauchen die Patienten aber neben medizinischen Informationen auch Hinweise zum täglichen Ablauf. Im Idealfall hat die Mitarbeiterin des Sozialdienstes bereits frühzeitig Kontakt mit dem Patienten oder den Angehörigen. In einem ersten Gespräch lassen sich zunächst allgemeine strukturelle Fragen beantworten:

- Wer ist die behandelnde Ärztin?
- Wer ist sonst wofür zuständig?
- Wo finden die Untersuchungen/Therapien statt? Wie laufen sie ab?
- Übernimmt die Krankenkasse die Kosten?
- Können oder müssen sie irgendetwas selbst tun?

Je nach dem, um welche Krankheit in welchem Schweregrad es sich handelt, sind die psychosozialen Wechselwirkungen enorm. Zu Beginn einer Krankheitsgeschichte kann es sein, dass die Betroffenen die Informationen nur sehr segmentartig wahrnehmen. Daher ist es wichtig, die Erläuterungen zum gegebenen Zeitpunkt zu wiederholen, nachzufragen, ob alles verstanden worden ist, und bei Fragen zur Diagnose ggf. noch einmal für medizinische Auskünfte zu sorgen.

Bei schwerwiegenden Erkrankungen stehen folgende Fragen im Zentrum, die langfristige Auswirkungen haben:

- Was bedeutet die Diagnose für die Patienten, ihr tägliches Leben?
- Was kommt auf sie zu?
- Welche Methoden und Hilfen gibt es?
- Und vor allem: Werden sie wieder gesund?

Je klarer die Informationen, desto eher kann eine lösungsorientierte und heilende Auseinandersetzung stattfinden. Wichtig ist an dieser Stelle ein sachlich orientierter Ton – wohl wissend, dass die Mitteilungen eine Vielzahl von Emotionen und die damit verbundenen Reaktionen auslösen können. Die Informationen über den Sozialdienst betreffen hauptsächlich die Zeit nach dem Klinikaufenthalt. Je nach Auswirkungen der Erkrankung kommen noch andere existenzielle Sorgen dazu. Trotz aller Möglichkeiten der Sozialgesetzgebung kann es ein, dass sich die schlechten Nachrichten noch weiter fortsetzen. Beim informativen Gespräch ist eine klare Rollenverteilung deutlich: die Beraterin als Wissende und Ratgebende und der Klient als Unwissender und Fragender. Somit ist es aus fachlicher Sicht kein Gespräch auf Augenhöhe. Die Kunst besteht darin, auf emotionaler Ebene Augenhöhe herzustellen. Die Expertin hat viele Möglichkeiten, ihr Wissen zu verbreiten. Gibt sie gerne seine Informationen weiter oder ist ein Aufklärungsgespräch ein lästiges Übel oder gar unan-

genehm? Gerade auf ärztlicher Ebene gibt es viel Nachholbedarf, wie man schlechte Nachrichten empathisch mitteilen kann. Oft landen Beschwerden über die Art des Umgangs beim Sozialdienst:

- Fühlt sich der Patient mit seinen Sorgen ernst genommen?
- Werden Fragen auch mehrfach beantwortet oder wird man einfach abgefertigt?

In der Art, wie die Informationen verarbeitet werden, werden die Bewältigungsstrategien der Familie deutlich. Manche Menschen fragen nach, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Andere sagen nichts und ziehen sich zurück. Manche informieren sich umfassend, andere ignorieren ihre Krankheit. Handelt es sich um chronische oder tödlich verlaufende Erkrankungen oder um Pflegebedürftigkeit, so können diese Gespräche für den Betroffenen einerseits sehr unangenehm sein. Andererseits scheint das aufklärende Gespräch mit der Ärztin dringend gewünscht, aber schwer zu organisieren zu sein. Durch das offensive Zugehen auf die Patienten oder ihre Angehörigen werden sie mit ihrem Informationsbedürfnis ernst genommen. Die Betroffenen brauchen die Information, um ihre Autonomie wiederzuerlangen und um eigene Entscheidungen treffen zu können. Das betrifft auch die Entscheidung über mögliche weitere medizinische Maßnahmen, die Suche nach einem Pflegeheim oder vielleicht den Entschluss zur häuslichen Intensivpflege.

Die Tatsache, dass Patienten und Angehörigen teils ganz unterschiedlich mit den Informationen umgehen, erfordert von der Beraterin viel Aufmerksamkeit. Zum Beispiel steht die Entlassung eines Patienten an, und die Familie hat sich immer noch nicht entschieden, wie die weitere Versorgung aussehen soll. Oder sie ignorieren die tödliche Diagnose. Trotz aller sachlich klaren Informationen hoffen sie auf ein Wunder oder zumindest auf Besserung und stehen hilflos neben dem Bett. Das Tempo der familiären Krankheitsverarbeitung ist meistens nicht identisch mit dem Zeitfenster, das das Gesundheitssystem bietet. Gemeinsame Gespräche mit Ärztin, Sozialarbeiterin, Pflegekraft und Patient bzw. Familie können hilfreich sein. Die Auswirkungen auf den Alltag lassen sich aus verschiedenen Blickwinkeln verdeutlichen, Rückfragen in beide Richtungen sind dabei einfacher möglich, und das Klinikteam spricht mit einer Sprache. So lässt sich vermeiden, dass einzelne Mitarbeiterinnen gegeneinander ausgespielt werden, um die

Versorgungsentscheidung hinauszuschieben. Gleichzeitig ist es aber auch wichtig, die Entscheidungen der Familie zu respektieren, auch wenn es nicht in das eigene Wertesystem passt.

Man kann interdisziplinäre Gespräche routinemäßig im Klinikalltag installieren. Dies bietet sich insbesondere bei chronischen Erkrankungen mit vielschichtigen Auswirkungen auf den Alltag an.

Nützliche Fragen

- Gibt es noch Fragen, die Ihnen wichtig sind?
- Ist Ihnen noch etwas unklar?
- Wie würden Sie Ihrer Familie das Krankheitsbild erklären?
- Was, glauben Sie, braucht Ihr Angehöriger nun besonders?
- Welche weiteren Schritte sollen wir unternehmen?
- Wobei brauchen Sie Unterstützung?

Fragen zur eigenen Reflexion

- Welche Gespräche fallen mir schwer?
- Mit welchen Reaktionen kann ich schlecht umgehen?
- Wie verarbeite ich selbst schlechte Nachrichten?
- An wen erinnert mich der Patient/die Familie?
- Bin ich als Beraterin selbst von der Diagnose oder von ähnlichen Geschichten betroffen?

4.4 Kooperationsbereitschaft

Niemand ist alleine krank, und es gibt keine Tätigkeit ohne Auswirkung auf die Tätigkeit anderer Helfer. Dies trifft insbesondere auf Einrichtungen wie Krankenhäuser zu, in denen naturgemäß mehrere Disziplinen unter einem Dach arbeiten. Bei gelungener Vernetzung und synergetischer Kooperation kann die Arbeit für alle Beteiligten einfacher und im Ergebnis zeitsparender, kostengünstiger und bisweilen angenehmer oder gar vergnüglicher werden. Die Bezeichnung »vergnügsam« mag im klinischen Kontext fast schon verwegen klingen, aber es ist zur eigenen Selbstfürsorge wichtig, für ein angenehmes Arbeitsklima zu sorgen. Neben den positiven Auswirkungen für die Patienten bringt der systemische Blickwinkel auch Gutes für die

Beraterin selbst mit sich. Nicht umsonst ist das systemische Kompetenzfeld auf Organisationsberatung und Coaching erweitert worden.

Die Bedingungen für eine gelungene Kooperation liegen vor allem in der Haltung als professionelle Helferin. Dazu gehört der Respekt vor der professionellen und persönlichen Identität anderer Kolleginnen und natürlich die Bereitschaft zur Kooperation, die sich für alle lohnt. Was habe ich davon, wenn ich auf meine Kolleginnen zugehe? Was ist der Gewinn für die andere Abteilung?

Auf organisatorischer Ebene brauche ich Zeit für ein persönliches Kennenlernen der anderen Professionellen und auch fest eingeplante Zeit für den Informationsaustausch im Team. Eine gewisse »Respektlosigkeit« vor Abläufen und Lösungsversuchen, die schon immer so und nicht anders waren, setzt Energie für andere Fragen und neue Lösungswege frei. Dafür muss ich wissen, was mein Aufgabengebiet ist, oder auch, worin mein spezifischer Auftrag besteht, um dementsprechend meine Ergebnisse in spezifischer Relevanz mit den anderen Abteilungen zu teilen. Voraussetzung dafür ist es auch, in groben Zügen zu wissen, was die anderen machen, und die Sicherheit zu haben, relevante Ergebnisse zu erfahren, um sie in die eigene Arbeit einfließen zu lassen. Bestenfalls geschieht das in interdisziplinären Teamsitzungen. Dort können alle Beteiligten die Ergebnisse diskutieren und über mögliche Wege für den Patienten nachdenken. Bei guter Sitzungsleitung weiß zum Schluss jeder, wer was tut und wer mit dem Patienten oder seiner Familie über was spricht. Wo es keine Teamsitzungen gibt, kann man wenigstens die Visiten dazu nutzen. Es gibt Kliniken, bei denen die Sozialarbeiterin daran teilnimmt. Ob es zeiteffektiv ist, wäre im Einzelfall zu prüfen. Manchmal gibt es auch gesonderte Sozialvisiten oder -besprechungen, bei denen es nur um die sozialarbeiterischen Aspekte geht. Im Zeitalter der Digitalisierung wäre ein für jeden einsehbares Dokumentationssystem hilfreich, was natürlich voraussetzt, dass dann auch jeder die Informationen dokumentiert und die anderen dies lesen.

Gute interdisziplinäre Kooperation gibt den Mitarbeiterinnen auch Sicherheit. Eine Entlassung zu planen, ohne genau zu wissen, wie der voraussichtliche Gesundheitszustand ist, gleicht eher einem Blindflug als Professionalität. Eine Bauchlandung im Sinne von Beschwerden oder dem Drehtüreffekt bei Akuthäusern ist dabei garantiert. Kooperationsbereitschaft ist eine Grundbedingung für familienmedizinisches Arbeiten. Vielschichtige Auswirkungen erfordern ein sehr sorgfältig

aufeinander abgestimmtes Entlassungs- und Versorgungsmanagement:

- Sind alle medizinischen Angelegenheiten erledigt?
- Sind die Patienten und ihre Familien über Konsequenzen oder Risiken aufgeklärt? Gibt es schon einen Termin in der Rehabilitationsklinik?
- Sind die Kosten geklärt?
- Liegt der Unterbringungsbeschluss vor?
- Ist der Pflegebericht geschrieben?

Besonders dankbar sind Pflegeheime, wenn die Versorgung mit künstlicher Nahrung schon ein paar Tage vor der Entlassung organisiert ist.

Wenn jede Disziplin ihre Arbeit erledigt, kann der Patient beruhigt entlassen werden. Wichtig ist die Präsenz des Sozialdienstes in Theorie und Praxis – das heißt, die anderen Abteilungen kennen die Kompetenzen in der Theorie, der Sozialdienst ist in ihren Köpfen theoretisch präsent. Im Alltag zeigt sich, was es in der Praxis bedeutet, einen aktiven Sozialdienst zu haben, und wie sich gemeinsam mit dem Patienten gute Versorgungsmöglichkeiten erarbeiten lassen. Patienten spüren, ob es eine gelungene Kooperation unter den Fachleuten gibt. Es ist das Gefühl, dass alle Hand in Hand arbeiten. Die Patienten müssen nicht immer wieder alles neu erzählen, fühlen sich in einem Netz gut aufgehoben und können sich darauf verlassen, dass in diesem Krankenhaus die linke Hand weiß, was die rechte tut. Dieses Gefühl gibt Sicherheit, was insbesondere für kranke Menschen heilsam ist. Der Verlust der Autonomie wirkt sich belastend auf die Psyche aus, und man greift nach jedem Strohalm, der Sicherheit gibt in einem Umfeld voller schlechter Nachrichten.

Leider gibt es Fälle, wo alles schiefgeht. In jeder Abteilung gibt es Probleme, die Beschwerden häufen sich, und alle wünschen sich die Entlassung dieses Patienten herbei. Wenn einmal der Wurm drin ist, wie es oft heißt, dann ist erhöhte Aufmerksamkeit und Sensibilität gefragt. Hier kann es hilfreich sein, mal darüber nachzudenken, was der Patient uns mit den Beschwerden eigentlich sagen möchte. Vielleicht sind es der Schmerz und die Trauer über geplatzte Lebensträume, die auf das behandelnde Team niederprasseln. Hier kann die Sozialarbeiterin das Team über besondere Lebensumstände informieren,

was wiederum etwas mehr inneren Abstand schaffen kann und der Versorgung des Patienten zugutekommt.

Oder es werden eklatante Kommunikationsprobleme im Haus deutlich. Auch fachliche Hahnenkämpfe sind gar nicht so selten. Hendrichke und Kröger sprechen von »kooperative(r) Kompetenz« »als Grundlage für eine erfolgreiche Kooperation« (von Hendrichke u. Kröger 2003, S. 62). Sie weisen auf verschiedene Möglichkeiten der internen und externen Kooperation hin und schlagen folgende Möglichkeiten vor (ebd., S. 61–83):

- interdisziplinäre Teamsitzungen
- familienmedizinische Konzile hausintern
- Familiengespräche mit Sozialarbeiterinnen und Medizinerinnen zusammen
- Fallbesprechungen mit Hausärztinnen
- familientherapeutische Ambulanz in Gemeinschaftspraxen
- Netzwerkarbeit mit nachstationären Einrichtungen und Behandlern
- familienorientierte Angebote wie
 - Eltern-Kind-Gruppen
 - Familienwochenenden
 - Angebote für Geschwisterkinder
 - Elterngesprächskreise
 - Angehörigengesprächsgruppe.

Diese Varianten stellen im stationären Bereich eine Herausforderung dar und sind die große Kunst der Kooperation, in Rehabilitationskliniken werden sie schon eher gelebt.

Für die praktische Umsetzung als klinischer Sozialdienst bieten sich folgende Möglichkeiten:

- standardisierte Familienanamnesen
- Präsenz der Kooperation
- offensive Netzwerkarbeit
- interdisziplinäre Intervention
- Case Management als roter Faden für den Patienten im System Krankenhaus
- Fokus auf die psychosozialen Wechselwirkungen von Erkrankungen.

Es lohnt sich meines Erachtens immer, andere Blickwinkel einzunehmen. Je mehr ich über den Alltag meiner Kolleginnen weiß, desto besser gelingt die Zusammenarbeit. Eine Ärztin im Operationsaal hat feste Zeiten für den Austausch. Ich musste mich bei meinen Anrufen auf der Station an die Formulierung gewöhnen »Dr. XY steht am Tisch«. Die Frage an die anderen Professionellen nach einem guten Zeitfenster für den Austausch ist ein Anfang für gelingende Kooperation. Eine routinemäßige Besprechung bei Disziplinen mit erfahrungsgemäß komplexem Versorgungsbedarf erleichtert das planvolle Handeln statt hektischem Agieren.

Fragen zur eigenen Reflexion

- Welchen Gesprächspartnern im Team oder im Krankenhaus gehe ich aus dem Weg?
- Auf wen kann ich leicht zugehen?
- Was müsste ich tun, um meine Kolleginnen zu ärgern?
- Wer würde den Patienten/die Familie am meisten vermissen?
- Wer würde welchen Helfer/welche Abteilung am meisten vermissen?
- Wer fragt wen am häufigsten um Rat?
- Welche Meinung zählt in der Teamsitzung am meisten?
- Bei welchem Patienten ist mir der Austausch mit den Kolleginnen wichtiger?
- Welchen Patienten möchte ich schnell loswerden?
- Bei wem gebe ich mir viel Mühe, die passende Versorgungsform zu finden?
- Welches Pflegeheim rufe ich besonders gerne an?

4.5 Verantwortungsübernahme

Verantwortung für das eigene Handeln zu übernehmen ist inzwischen eine hohe Kunst geworden. Viele Menschen geben an der Tür der Praxis oder der Klinik gerne die Verantwortung für die eigene Gesundheit ab. Stattdessen macht sich Hilflosigkeit breit, die sich bis zur Resignation und Handlungsunfähigkeit steigern kann. Parallel dazu hat jede Abteilung im Krankenhaus einen eigenen Verantwortungsbereich bzw. Behandlungsauftrag.

Bei der Übernahme von Verantwortung im klinischen Bereich geht es nicht darum, Heilung zu garantieren. Dafür ist der Mensch

zu komplex und hat zu wenig Macht. In meinem Verständnis geht es um die Bereitschaft, eine Art Prozessverantwortung für den klinischen Aufenthalt zu übernehmen. Damit meine ich nicht den medizinischen Prozess oder den DRG-optimierten stationären Verlauf, sondern ein gutes Schnittstellenmanagement. Wenn Sozialarbeiterinnen Verantwortung übernehmen, ist ein aktives Beobachten des Behandlungsverlaufs gefragt. Neben dem medizinischen Prozess sind viele Dinge parallel zu erledigen, wobei jeder Bereich seine eigenen Kompetenzen und Arbeitsaufträge hat. Als Sozialarbeiterin bin ich an dem medizinischen Heilungsprozess im Akuthaus nur indirekt beteiligt, erst gegen Ende der Behandlungsdauer kann ich konkret aktiv werden. Bis dahin kann ich die Betroffenen möglicherweise in der ungewissen Zeit begleiten. Um meinen spezifischen Auftrag erfüllen zu können, bin ich während dieser Zeit auf den Informationsfluss über den Zustand des Patienten und das Zeitbudget für die medizinische Behandlung angewiesen. Viele Dinge lassen sich frühzeitig klären oder vorbereiten. Dazu gehört die Familienanamnese, Informationen über weitere Versorgungsmöglichkeiten bei ausgeprägter Pflegebedürftigkeit, Kontakte zu weiteren außerklinischen Beratungsstellen und Ähnliches mehr. Damit lässt sich einiges an Stress am Ende der Behandlung vermeiden, und umso zügiger kann man in der Entlassungsphase alles Notwendige verantwortungsvoll und umsichtig organisieren.

Im Kontakt mit den Patienten ist die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen, ein Garant für Zuverlässigkeit. Der Kunde »Patient« ist den Mitarbeiterinnen im Krankenhaus ausgeliefert. Umso dankbarer ist er, wenn er auf jemanden trifft, der die Verantwortung übernimmt, etwas zu klären, Kontakt herzustellen oder Informationen zu besorgen. Von den übrigen Aktivitäten im Hintergrund dringt ein Gefühl zu den Betroffenen, dass die beteiligten Berufsgruppen zusammenarbeiten und sich gegenseitig informieren. Dieses »Hand-in-Hand-Arbeiten« hat eine beruhigende Wirkung auf die Patienten. Es bedeutet, einen sicheren Rahmen, eine sichere Umgebung zu schaffen.

Die Übernahme von Verantwortung ist eng verknüpft mit der Bereitschaft zur Kooperation. Gibt eine Ärztin ihre Verantwortung an der Tür ihrer fachlichen Disziplin ab, so kümmert es sie wenig, wenn sie am Freitagmittag beschließt, Patientin Huber zu entlassen. Denkt sie jedoch daran, dass mit dem Entschluss noch keine Versorgung organisiert ist, gibt sie diese Information schon ein paar Tage früher an die zuständige Sozialarbeiterin weiter. Ein weiteres schönes und klassisches Beispiel ist es, wenn im Entlassbrief steht, eine Rehabili-

tation sei beantragt. So wähnt sich der Patient in Sicherheit, dass alles am Laufen ist. Leider wundert er sich vielleicht zwei Wochen später, dass er immer noch nichts gehört hat. Beim Telefonat mit dem Sozialdienst erfährt er, dass mit der Rehabilitation leider noch gar nichts angelaufen ist. Der Sozialdienst wurde nicht informiert, somit konnte er nicht die notwendigen Schritte einleiten. Tretmühlenartig muss man Ärztinnen leider immer wieder darauf hinweisen, dass der Gedanke nur ein Anfang ist. Je besser die Kooperationsbereitschaft der Kolleginnen ausgeprägt ist, umso leichter fällt es jedem, die Aufgaben und das Zeitbudget der anderen Disziplinen aktiv mit einzuplanen. Eine Kettenreaktion bei der Übernahme von Verantwortung für den Prozess mit entsprechenden Aktivitäten wäre das Ergebnis, damit aus Hilflosigkeit der Betroffenen wieder Kompetenz und Autonomie wachsen kann.

Ein professionelles Schnittstellenmanagement sorgt so für Zufriedenheit auf der Patienten- wie auch auf der Organisationsebene. Eine behandlungs- und fristgerechte Entlassung aus dem Krankenhaus ist der Lohn für beide Seiten, auch aus monetärer Sicht für die Klinik.

Wenn ich sehe, dass die Abläufe nicht passen oder vielleicht immer wieder technische Probleme auftauchen, könnte ich auch initiativ tätig werden. Damit übernehme ich Verantwortung, die letztendlich dem Betriebsklima, den Kolleginnen und auch den Patienten zugutekommt.

Fragen zur eigenen Reflexion

- In welchen Situationen ist es mir lästig, Verantwortung zu übernehmen?
- Was fördert meine Bereitschaft?
- Habe ich Lieblingspatienten?
- Wie Sorge ich dafür, rechtzeitig Informationen zu bekommen?
- Wer übernimmt im Team besonders gern oder schnell Verantwortung?
- Welchen Kolleginnen frage ich am ehesten um Rat?
- Bei welchen Themen gucke ich auch mal über den Tellerrand?
- Angenommen, ich wäre Chefin: Was würde ich gerne verändern?
- Wofür möchte ich auf gar keinen Fall Verantwortung tragen?
- Was muss passieren, damit ich zufrieden nach Hause gehe?
- Wer merkt als Erstes, dass mir die Arbeit Spaß macht?
- Woran merke ich es selbst?