

Von der Krankenhausfürsorge zum Sozialdienst im Krankenhaus

Katrin Blankenburg

Als Profession und wissenschaftliche Disziplin leistet Soziale Arbeit einen wesentlichen Beitrag zur Förderung gesellschaftlichen Wandels, sozialen Zusammenhalts und der Ermächtigung von Menschen. Ein zentrales Handlungsfeld im Gesundheitswesen ist dabei die Krankenhaussozialarbeit. Dieser Beitrag zeichnet ihre Entwicklung von der Sozialen Krankenhausfürsorge zur heutigen Sozialen Arbeit in einem Krankenhaussozialdienst nach. Eine historiografische Aufarbeitung im Sinne eines offenen Archivs (Maurer 2006) liegt bislang nur ansatzweise vor (Blankenburg & Golka 2022). Daher stellt sich die Frage, welche Entwicklungen, Kontinuitäten und fachlichen Veränderungen die Soziale Krankenhausfürsorge in den vergangenen rund 100 Jahren geprägt haben.

Ursprünge der Sozialen Krankenhausfürsorge und ihre Architekt*innen

Die Soziale Krankenhausfürsorge entstand Ende des 19. Jahrhunderts im Zuge der Herausbildung des Wohlfahrtsstaates und der Sozialhygiene als neues Handlungsfeld der Gesundheitsfürsorge (Homfeldt & Sting 2006; Wendt 2017). Mit der Integration der Fürsorge in das Wohlfahrtssystem entwickelte sie sich zu einem eigenständigen Unterstützungsangebot für kranke und von Krankheit bedrohte Menschen (Tennstedt 1998; Wendt 2017). Mitglieder des Vereins „Mädchen- und Frauengruppen für soziale Hilfsfähigkeit“ übernahmen ab 1894 ehrenamtliche Fürsorgeaufgaben in Berliner Krankenhäusern (Salomon 1917). Sie waren die Pionierinnen der Krankenhausfürsorge. 1914 gründete Alice Salomon in Berlin das „Komitee für die Soziale Krankenhausfürsorge“, das die Fürsorgearbeit koordinierte, Einführungskurse und Erfahrungsaustausche organisierte sowie Einzelfälle unterstützte.

Am Anfang waren die Krankenhausfürsorgerinnen eine kleine, jedoch wachsende Gruppe an engagierten Frauen, die sich dieser Arbeit verschrieben. 1928 verfügten 249 Krankenhäuser – rund sechs Prozent aller Kliniken – über Personen, die fürsorgerische Tätigkeiten übernahmen (Landsberg & Tüllmann 1930, Plank 1932). Mehr als die Hälfte waren ausgebildete Fürsorgerinnen. Der Rest waren nicht oder nur unzureichend geschulte Krankenpflegerinnen oder Praxiserfahrene (ebd.).

und entwickelte präventive Interventionen, um z. B. Infektionskrankheiten oder Kindersterblichkeit einzudämmen (Teleky 1950). Salomon sah besonders die Krankenhausfürsorge als Musterbeispiel eines Berufsgruppen übergreifenden Arbeitens: „Noch enger wurde das Zusammenwirken von Arzt und Fürsorgerin in der sozialen Krankenhausfürsorge [...]. Hierbei sind die sozialen Ermittlungen oft geradezu als Unterlage für die ärztliche Diagnose zu verwenden.“ (Salomon 1927, S. 5).

Fachliche Ursprünge der Sozialen Krankenhausfürsorge liegen im Konzept der Sozialen Diagnose. Krankheit wird nicht mehr allein materiellen Defiziten oder individuellem Verhalten zugeschrieben, sondern auch prekären Bildungs-, Arbeits- und Wohnverhältnissen sowie den Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt.

Fachliche Ursprünge der Sozialen Krankenhausfürsorge liegen im Konzept der Sozialen Diagnose (Salomon 1927), dem ein erweitertes Verständnis sozialer Not zugrundeliegt. Krankheit wird in diesem Kontext nicht mehr allein materiellen Defiziten oder individuellem Verhalten zugeschrieben, sondern auch prekären Bildungs-, Arbeits- und Wohnverhältnissen sowie den Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt. Hilfebedarfe sollten deswegen berufsgruppenübergreifend ermittelt und Hilfen gemeinsam geplant werden (Salomon 1927; Landsberg 1930).

Die Gesundheitsfürsorge als Dach der Krankenhausfürsorge war ein „Beitrag zur Entwicklung des Fürsorgewesens [der] auf die sozial-hygienische Bewegung zurückzuführen“ war (Salomon 1927, S. 5). Die Sozialhygiene erforschte u. a. soziale Ursachen von Krankheit

Das Konzept der Sozialen Diagnose betrachtete die gesamte Lebenssituation als Grundlage der Hilfeplanung (ebd., 6). Historische Fallbeschreibungen von Krankenhausfürsorgerinnen (vgl. Salomon 1917; Phillipi 1926) zeigen, dass zentrale Prinzipien heutiger Krankenhaussozialarbeit, wie die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Dettmers 2021), bereits hier angelegt waren. So berichteten Krankenhausfürsorgerinnen aus Frankfurt a.M. (Roessler 1917) von Unterstützungsleistungen im Einzelfall – etwa der Sicherung der Miete einer alleinstehenden Arbeiterin über die Armenpflege; der Unterstützung einer Mutter mit drei Kindern durch Organisation von Kleidung und Versorgung der Kinder in der Herberge; der Hilfe für eine Patientin, ihren psychisch erkrankten Mann in eine medizinische Versorgung zu vermitteln und ihr nach

Entlassung eine Hauspflegerin zur Seite zu stellen. Die Fürsorgerinnen verstanden ihre Tätigkeit dabei so: „Im Ganzen ist unsere Absicht [...] nicht selbst irgendwelche Wohltätigkeit [...] zu unternehmen, sondern [...] die nötige Fürsorge aufzufinden, um den Kranken mit den geeigneten Einrichtungen in Verbindung zu bringen, damit die körperliche Gesundheit [...] auch nach der Entlassung [...] unterstützt wird.“ (Roessler 1917, S. 8). Salomon fasste zusammen, dass „im Krankenhaus dem Kranken nicht nur Heilung gebracht, sondern auch die Rückkehr in gesunde Lebens- und Arbeitsverhältnisse gesichert werden muss.“ (Salomon 1917, S. 25) 1925 erließ die Deputation des Gesundheitswesens die erste Richtlinie zur Sozialen Krankenhausfürsorge in Groß-Berlin; konfessionelle Träger folgten diesem Beispiel. Parallel entstanden reichsweit Vereine der Krankenhausfürsorge, die ab 1926 unter der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus (DVFK) gebündelt wurden (Reinicke 1998). Die DVFK wurde gegründet, um den reichsweiten Ausbau der Krankenhausfürsorge zu fördern, wissenschaftlich zu begleiten und die offene (ambulante) Fürsorge und geschlossene (stationäre) Fürsorge zu verbinden (Landsberg 1927).

Krankenhausfürsorge und die nationalsozialistische Ideologie der Volksgesundheit

Mit Beginn des Nationalsozialismus unterstützten viele Krankenhausfürsorgerinnen die neue Ideologie (Tüllmann 1934; Reinicke 1998). Krankheit wurde zunehmend erbbiologisch erklärt, und das Leitbild eines „gesunden Volkskörpers“ prägte die Gesundheitspolitik (Tüllmann 1937, 1940; Kappeler 2000). Zwangssterilisationen wurden zu einem zentralen Instrument der „Erbgesundheitspflege“ (Baum 1923). Krankenhausfürsorgerinnen waren in diese Strukturen eingebunden und wirkten an Vorbereitung und Nachsorge entsprechender Maßnahmen mit (Tüllmann 1937; Reinicke 1998). Individuelle Fürsorge erhielt nur, wer als Teil der „Volksgemeinschaft“ galt (Tüllmann 1937). Staatliche Fürsorgerinnen waren den Gesundheitsämtern unterstellt,

die die nationalsozialistische Gesundheits- und Rassenpolitik systematisch umsetzten (Dornhäuser 2007). Jüdische Fachkräfte wurden ausgeschlossen und die DVFK ordnete sich 1935 der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt der NSDAP unter (Reinicke 1998). Inhaltlich verlagerte sich die Arbeit zunehmend auf wirtschaftliche Fürsorge. Statt qualitativer Fallbeschreibungen dominierten Statistiken zu Vermittlungs-, Unterbringungs- und Entlassungsleistungen sowie zu Eingriffen im Kontext von Zwangsmaßnahmen die Berichterstattung (Tüllmann 1937). Die Entwicklung markierte eine deutliche Abkehr vom Ansatz Salomons.

Nach 1945 verlor die Gesundheitsfürsorge und damit auch die Krankenhausfürsorge ihr früheres Ansehen (Viefhues 1966), während der Übergang in neue Arbeitsformen nur schleppend verlief. Eine systematische Selbstreflexion der Krankenhausfürsorgerinnen zur Rolle im Nationalsozialismus ist kaum dokumentiert.

Soziale Krankenhausfürsorge wird zum Sozialdienst im Krankenhaus

Noch 11 Jahre nach Kriegsende hinterfragte Viefhues (ab 1963 DVFK-Vorsitzender) was von den „bisherigen durch die ‚Fürsorgerinnen‘ ausgeübten Tätigkeiten Sozialarbeit ist.“ (Viefhues 1966, S. 4). Es gab einen Dissens zwischen historisch gewachsenen Aufgaben und der Neu und Wiederorientierung hin zu den klassischen Methoden der Sozialarbeit, so dass der Berufsalltag von Spannungen geprägt war: Ärzt*innen vermissten die „gute alte Fürsorgerin“ (Viefhues 1966, S. 1), während neu ausgebildete Sozialarbeiter*innen traditionelle Fürsorgeaufgaben und hierarchische Strukturen ablehnten. Gleichzeitig stießen eigenständige psychosoziale Diagnostik und Beratung durch die moderne Sozialarbeit bei den Institutionen auf Vorbehalte, sodass Krankenhaussozialarbeit weiterhin in stark hierarchische Strukturen eingebunden blieb (ebd.).

Aufgaben und Funktionen im Rahmen interprofessioneller Zusammenarbeit änderten sich entlang gesellschaftlicher Veränderungsprozesse (vgl. Ab-

bott 2017). Wo in der Nachkriegszeit vor allem kriegsbedingte Versorgungsaufgaben wie wirtschaftliche Hilfe, Kleidung, Unterbringung und psychosoziale Unterstützung für Heimkehrer*innen, insbesondere Schwerversehrtete, sowie die Suche nach vermissten Angehörigen (Güssefeldt 1946) den Alltag der Fürsorgerinnen prägten, waren in den 1950er-Jahren mehr Hilfen für ledige Mütter, ältere sowie chronisch erkrankte Personen erforderlich. Parallel veränderte sich das professionelle Selbstverständnis und Krankenhausfürsorgerinnen forderten verstärkt bessere Ausstattung und multiprofessionelle Zusammenarbeit ein (Weidemann 1958). Der Ruf für eine eigenständige und spezialisierte Sozialarbeit im Gesundheitswesen wurde in den 1960er-Jahren lauter. Viefhues betonte, dass die Anerkennung der psychosozialen Dimension von Krankheit eine Sozialarbeit erfordere, die ihre fachliche Identität bewahrt und mit medizinischem, sozialwissenschaftlichem und psychosozialen Wissen zur Behandlung beiträgt (Viefhues 1966).

Ab 1964 benannte sich die „Krankenhausfürsorge“ in „Sozialdienst im Krankenhaus“ um und aus der DVFK wurde die DVSK (Deutscher Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus 1964). Die Richtlinien der Deutschen Vereinigung, die erlassen wurden um Tätigkeiten und Aufgaben der Fürsorgerinnen, Sprechzeiten, Nachweis- und Schweigepflichten, Anstellungs- und Unterstellungsverhältnisse, Kooperationen innerhalb und außerhalb des Krankenhauses sowie Ausbildungsstandards zu regeln, spiegeln diesen Professionalisierungsprozess wider. Einzelfallhilfe, Gruppen- und Gemeinwesenarbeit wurden nach Vorbild der amerikanischen Sozialarbeit zentrale Methoden (DVSK 1966; Rush et al. 2017). Im Fokus standen nun psychosoziale Problemlagen und Beratungen umfassten ebenfalls die Vermittlung von Arbeit und Beschäftigung.

Krankenhaussozialarbeit in Zeiten der Ökonomisierung

Ab den 1970er-Jahren zeigte sich die Sozialarbeit im Krankenhaus selbstbewusster: „Im Erkennen und Verän-

dern der persönlichen Situation des Kranken trägt der Sozialarbeiter zum Heilungsprozess bei und gehört zum Behandlungs- und Beratungsteam jedes Krankenhauses.“ Die Forderung „Kein Krankenhaus ohne Sozialdienst“ wurde gestellt (DVSK 1970, S. 2).

Die 1980er-Jahre waren von der Ökonomisierung der Krankenhaussozialarbeit auch in Deutschland geprägt (DVSK 1986), was im internationalen Vergleich

später war als beispielsweise in den USA, wo bereits seit den 1970er-Jahren Sozialdienste abgebaut wurden (Rush et al. 2017). In den 1990er-Jahren betonten Richtlinien weiterhin Humanität, Würde und Selbstbestimmung sowie die Bedeutung sozialer Anamnese und Nachsorge (DVSK 1986, 1990). Zugleich verstärkte sich jedoch der ökonomische Druck durch die eingeführten diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups) und

daraus resultierende verkürzte Liegezeiten, die mitunter zu sogenannten „blutigen Entlassungen“ führten (Deutscher Bundestag 2007).

Diese Entwicklungen erschwerten die individuelle Fallarbeit im Rahmen des Sozialdienstes im Krankenhaus. Mit zunehmender Managementorientierung verschob sich der Fokus in den Sozialdiensten, insbesondere der Somatik, auf die Entlassungssteuerung. Das so-

Literatur:

Abbott, A. (2017): **Boundaries of social work or social work of boundaries?** In: Liljegren, A.; Saks, M. (Hg.): *Professions and Metaphors*. London: Routledge, 2017, S. 98–113.

Blankenburg, K.; Cosanne, E. (2021): **Gesellschaftliche Trends und Beschäftigtenzahlen in Praxisfeldern gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit**. In: Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt, S. 138–146.

Blankenburg, K.; Golka, T. (2022): **Ein kleines Archiv im Entstehen – Ein Blick über die Schulter der DVSG**. In: Archiv und Wirtschaft. Zeitschrift für das Archiwesen der Wirtschaft. 55. Jg., Heft 1.

Bütow, B.; Maurer, S. (2017): **„Implizite Fachlichkeit? Zwischen ‚riskierter Souveränität‘ und der ‚Spezifik des sozialpädagogischen Moments‘“**. In: Neue Praxis, Sonderheft 14, S. 85–94.

Dettmers, S. (2021): **Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit**. In: Dettmers, S.; Bischkopf, J. (Hg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 18–27.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (2013): **DVSG-Positionspapier Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken (DVSG) 1. Auflage**.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (2025): **Positions- und Diskussionspapier der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) Ethisch verantwortliches Handeln von Fachkräften der Sozialen Arbeit im Entlassmanagement**.

Deutscher Bundestag (2007): **Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth u. a. und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 16/6184**. 16. Wahlperiode, 01.08.2007, Berlin.

Donhauser J. (2007): **Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus – Der Wahn vom „gesunden Volkskörper“ und seine tödlichen Folgen – Eine Dokumentation**. In: Gesundheitswesen, 69, S. 7–18.

Homfeldt, G.; Sting, S. (2006): **Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung**. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag München.

Kappeler, M. (2000): **Der schreckliche Traum vom vollkommenen Menschen: Rassenhygiene und Eugenik in der sozialen Arbeit**. Schüren Verlag, Marburg.

Maurer, S. (2006): **Geschichte und Geschichten Sozialer Arbeit**. In: Widersprüche – Zeitschrift für sozialistische Politik in Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereichen. Heft 101, Sept. 2006, S. 49–68.

Reinicke, P. (1998): **Soziale Krankenhausfürsorge in Deutschland. Von den Anfängen bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs**. Opladen: Leske+ Budrich.

Rush, B.; Ruth, J.; Marshall J.-W (2017): **A History of Social Work in Public Health**. In: Journal Public Health, 107, S. 236–242.

S. V. G. – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): **„Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“**. Online verfügbar unter: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/> (04.07.2026)

Tennstedt, F. (1998): **Die Wurzeln des Wohlfahrtsstaates im Deutschen Kaiserreich von 1871**. In: Röper, U.; Jüllig, C. (Hg.): Die Macht der Nächstenliebe. Einhundertfünfzig Jahre Innere Mission und Diakonie 1948–1998. Berlin: Jovis Verlag, S. 92–101.

Weimann-Sandig, N. (2022): **Multiprofessionelle Teamarbeit in Sozialen Dienstleistungsberufen: Interdisziplinäre Debatten zum Konzept der Multiprofessionalität – Chancen, Risiken, Herausforderungen**. Springer VS.

Wendt, W. R. (2017): **Geschichte der Sozialen Arbeit 1. Die Gesellschaft vor der sozialen Frage 1750 bis 1900**. 6. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Archivalien:

Baum, M.; Moritz, E. (1923): **Erster allgemeiner Teil. Die Grundlagen der Volksgesundheit. Viertes Kapitel: Volkserneuerung, Fortpflanzung und Vererbung**. In: Baum, Marie (Hrsg.) Grundriss der Gesundheitsfürsorge. München. Verlag von J. F. Bergmann, S. 35–44.

DVSK (Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V.): **Richtlinien 1966; 1970, 1986, 1990**. In: DVSG-Archiv, Sachakte digital, Richtlinien.

Güssefeldt, I. (1946): **Lagebericht des Krankenhauses für September/Okttober 1946, A.Z.II/11 Gü/Bö**. In: DVSG-Archiv, Sachakte_Dt. Vereinigung, Tagungen Programme Berichte ab 1927.

Landsberg, H. (1927): **Leitsätze. Aufgaben und Entwicklungen der sozialen Krankenhausfürsorge. Gemeinsame Tagung der deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus und der Vereinigung Deutscher Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzte am 2. Juli 1927 in zu Goslar**. In: DVSG-Archiv, Sachakte Geschichte des Sozialdienstes im Krankenhaus.

Landsberg, H.; Tüllmann, A. (1930): **Veröffentlichung der deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus. Geschäftsstelle: Charlottenburg 9, Reichstr. 12, Der Stand des Fürsorgedienstes im Krankenhaus nach den Ergebnissen einer Rundfrage im Sommer 1929. Abschrift**. Aus der Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen, 1930, Heft 12 vom 10.06., S. 1–4, unveröffentlichtes Manuskript 20 Seiten. In: DVSG-Archiv, Sachakte Tagungen, Programme, Berichte ab 1927.

Landsberg, H. (1930): **Der Fürsorgedienst im Krankenhaus (Soziale Krankenhausfürsorge)**. In: Handbücherei für das gesamte Krankenhauswesen. Sondereinrichtungen im Krankenhaus. Band III. Berlin, Heidelberg Springer Berlin Heidelberg, S. 346–388.

Phillipi, M. (1926): **Tätigkeitsbericht der Krankenhausfürsorge des Hamburgischen Landesvereins vom Roten Kreuz**. In: DVSG-Archiv, Sachakte_Zur Geschichte der DV_Tätigkeitsberichte 1917.

Plank, R. (1932): **II. Die offene Krankenfürsorge**. In: Gottstein, H.; Hoffmann, W. (Hg.): Krankenhausbetrieb (1926–1930), S. 105.

Roessler, M. (1917): **Tätigkeitsbericht der Krankenhausfürsorge Frankfurt a. M. 1917**. In: DVSG-Archiv, Sachakte_Zur Geschichte der DV_Tätigkeitsberichte 1917.

Salomon, A. (1917): **Soziale Krankenhausfürsorge in Groß-Berlin, Tätigkeitsbericht**. In: DVSG-Archiv, Sachakte_Zur Geschichte der DV_Tätigkeitsberichte 1917.

Salomon, A. (1927): **Soziale Diagnose**. Berlin: Carl Heymanns Verlag.

Schöne, H. (1958): **Die Krankenhausfürsorgerin als Helferin der Verwaltung**. In: Das Krankenhaus. Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen. 50. Jg., Heft 9. S. 414–416. In: DVSG Sachakte_Dt. Vereinigung_Tagungen_Programme_Berichte ab 1927.

Seftleben, H. U. (1993) **Gesellschaftlicher Kontext von Sozialarbeit im Krankenhaus. DVSK Handlungskonzept Sozialarbeit im Krankenhaus**. In: DVSG Sachakte_Tagungen digital, S. 6–11.

Teleky, L. (1950): **Die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge: Deutschland-England USA**. Berlin; Göttingen; Heidelberg: Springer.

Tüllmann, A. (1934): **Arbeitsberichte des Vereins Soziale Krankenhausfürsorge der Berliner Universitätskliniken. Für die Zeit vom 1. April 1933 bis 31. März 1934**. In: DVSG Archiv Sachakte Zur Geschichte der DV_Tätigkeitsberichte 1917.

Tüllmann, A. (1937): **Ergebnisse einer Erhebung über den Fürsorgedienst im Krankenhaus. Sonderdruck aus Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen. 1937. Heft 9/10, Verlag von Julius Springer in Berlin W9**. In: DVSG-Sachakte Zur Geschichte der DV_Tätigkeitsberichte 1917.

Tüllmann, A. (1940): **Fürsorgedienst in Heil- und Pflegeanstalten. Sonderabdruck aus Zeitschrift für Psychische Hygiene. 13. Band. Heft 3/4. Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35**. In: DVSG Archiv Sachakte Geschichte des Sozialdienstes im Krankenhaus.

Viefhues, H. (1966): **Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Sonderdruck aus dem „Nachrichtendienst“ des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge Nr. 3, März 1966, S. 1–6**. In: DVSG Archiv Kiste 1, Umschlag Herbert Viefhues.

Weidemann, A. (1958): **Die Krankenhausfürsorgerin als Helferin des Arztes**. In: Das Krankenhaus. Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen. 50. Jg., Heft 9. S. 414–416. In: DVSG Sachakte_Dt. Vereinigung_Tagungen_Programme_Berichte ab 1927.

zialarbeiterische Verständnis psychosozialer Unterstützung trat dort zunehmend in den Hintergrund. Trotz kritischer Stimmen der Krankenhaussozialarbeit, die erkannten, dass jede „Krankenhausbehandlung, welche die soziale Dimension der Krankheit [...] nicht einschließt, notgedrungen Qualitätsmängel aufweisen [und] eine Drehtürmedizin fördern“ (Senftleben 1993, S. 8) etablierte sich ein auf die pflegerische Versorgung ausgerichtetes Entlassmanagement im Organisationsalltag.

Folge war, dass Sozialarbeiter*innen durch Pflegepersonal ersetzt wurden und zwischen 2004 und 2006 ca. 1.700 Stellen abgebaut wurden (DVSG 2013). Bis 2017 wurden lediglich 1.121 Sozialarbeiter*innenstellen zusätzlich geschaffen (Blankenburg & Cosanne 2021), was den psychosozialen und Versorgungsbedarfen der Patient*innen nicht gerecht wurde (DVSG 2025).

Funktionale Differenzierungen im Versorgungssystem und schwindende Zeitfenster für Patient*innenberatungen im Krankenhaus spitzten sich zu. Der Rückzug auf einen Zustand des funktionalen Überlebens der Krankenhaussozialarbeit (Rush et al. 2017) war damit auch in Deutschland angekommen.

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im Krankenhaussozialdienst

In neuester Zeit ist eine Rückkehr zu den Grundsätzen des biopsychosozialen Paradigmas zu beobachten, wozu Masterstudiengänge und die Arbeit der Fachgesellschaften der Klinischen Sozialarbeit (ECCSW) und der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (DVSG) beigetragen haben. Die psychosoziale Hilfe wird wieder stärker diskutiert und facheigene Standards werden in der Praxis entwickelt und implementiert. Es wird wieder mehr um die Be-

setzung der Krankenhaussozialdienste mit akademisch qualifizierten Fachkräften der Sozialen Arbeit gerungen, was die fachliche Souveränität stärkt (Bütow & Maurer 2027). Die Frage nach Multiprofessionalität und Kooperation prägt zudem bis heute das Handlungsfeld (Weimann-Sandig 2022).

Da Einsparungen im Gesundheits- und Sozialwesen und sektorenübergreifende Versorgungsbrüche (S. V. G. 2018) zunehmen, ist es wieder an der Zeit eine Brücke zwischen „offener und geschlossener Fürsorge“ zu schlagen und psychosoziale Beratung im Krankenhaus zu stärken. Ziel der Sozialen Arbeit im Kontext Krankenhaus bleibt es, Menschen, die erkranken oder von Krankheit bedroht sind, sowie ihren Angehörigen individuell und letztverlässlich zu helfen und gesunde Lebenswelten zu fördern. Ein Auftrag, der bereits 1926 präsent war und nun einer Wiedereinführung bedarf.

Das biopsychosoziale Modell als metatheoretische Grundlage Klinischer Sozialarbeit Anspruch und Rollback in der psychosozialen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Karsten Giertz

Klinische Sozialarbeit versteht sich als spezialisiertes Handlungsfeld der Sozialen Arbeit, das sich der Prävention, Beratung, Unterstützung und Behandlung von Menschen mit psychosozialen Problemlagen widmet (vgl. Pauls 2013). Das biopsychosoziale Modell ist ihr grundlegendes metatheoretisches Fundament. Es liefert nicht nur eine theoretische Beschreibung von Gesundheit und Erkrankung, sondern strukturiert professionelle Diagnostik, Fallkonzeption und multiprofessionelle Zusammenarbeit klinisch-sozialarbeiterischen Handelns (vgl. Kröger et al. 2024). Ohne Verständnis dafür, wie biologische, psychische und soziale Faktoren inein-

andergreifen, ließe sich weder die Entstehung psychosozialer Problemlagen erklären noch eine fachlich fundierte Interventionsplanung entwickeln, die Lebenswelt, Beeinträchtigungen und Ressourcen der betroffenen Menschen ernst nimmt.

Dieses ganzheitliche Denken reicht bis an die Ursprünge der Klinischen Sozialarbeit zurück. Bereits die Pionierin Richmond (1917) definierte Social Casework als eine personenzentrierte und sozialraumorientierte Sozialarbeit und verband damit individuell-psychische und soziale Ebenen, lange bevor das biopsychosoziale Modell systematisch ausformuliert wurde. Für Rich-

mond war der Mensch von Natur aus ein soziales Wesen – eine Position, mit der sie sich bewusst vom damals durch Herbert Spencer geprägten sozialdarwinistischen Bild eines biologisch-atomistischen isolierten Individuums absetzte (Bruns & Günter 2021). Abweichung und Not erklärte sie folglich nicht aus individuellem Defizit, sondern aus einer beeinträchtigenden Wechselbeziehung zwischen Person und sozialer Umwelt.

Der vorliegende Beitrag zeichnet die Genese des biopsychosozialen Modells nach. Trotz zunehmender wissenschaftlicher Fundierung und sozialpolitischer Ratifizierung lässt sich jedoch