

Profilbericht – Forderungen konkret!

Soziale Arbeit im Krankenhaus

Die Fachkräftekampagne #dauerhaftsystemrelevant macht auf die Relevanz und die Bedarfe von Fachkräften der Sozialen Arbeit aufmerksam. Sie fordert politische Entscheidungsträger*innen auf, die Bedarfe der Fachkräfte und Organisationen der Sozialen Arbeit ernst zu nehmen und umgehend angemessene Arbeitsbedingungen zu schaffen. Die vorliegenden Profilberichte konkretisieren diese Forderung in bestimmten Handlungsfeldern und Wirkungsbereichen der vielfältigen Profession Sozialer Arbeit.

Der vorliegende Profilbericht wurde federführend von mehreren Expert*innen der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG e.V.) verfasst.

Wie wirkt Soziale Arbeit im Krankenhaus?

Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert Selbstbestimmung, Teilhabe und Chancengleichheit für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und/oder (drohender) Behinderung. Auch daraus resultierend haben die Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Handlungsfeld Krankenhaus die Aufgabe, partizipativ lebensweltorientiert und fallbezogen die individuellen Bedarfe zu ermitteln, die Menschen zu beraten und Ressourcen zu erschließen. Dabei richtet sich der Fokus auf die individuellen Lebenslagen und nicht ausschließlich auf die Gesundheit der Patient*innen. Denn neben den Beratungsleistungen, die im Kontext von Auswirkungen und Funktionsstörungen von Erkrankungen stehen, gibt es vom DRG-Katalog losgelöste Unterstützungs- und Beratungsbedarfe, wie zum Beispiel bei Wohnungslosigkeit, Versorgung Angehöriger oder bei fehlendem Krankenversicherungsschutz.

Als zentrale gesetzliche Vorgaben, in deren Kontext Soziale Arbeit im Krankenhaus tätig ist, sei unter anderem auf § 11 Abs. 4 SGB V („Versorgungsmanagement“), §39 1a SGB V und den

dazugehörigen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement verwiesen. Demnach haben Patient*innen bei Bedarf an einer nachstationären Versorgung Anspruch auf ein Versorgungs- und Entlassmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in verschiedene Versorgungsbereiche. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, bei Bedarf und Einverständnis der Patient*innen eine sachgerechte Anschlussversorgung zu organisieren.

Dies erfordert, insbesondere aufgrund der stark fragmentierten und ausdifferenzierteren Gesundheits- und Sozialleistungsangebote sowie der oftmals krankheitsbedingt psychosozial sehr belasteten Adressat*innen und deren Bezugspersonen, eine professionelle Beratung und eine Steuerungsfunktion zur bedarfsgerechten Navigation durch ein sehr komplexes Sozialleistungs- und Gesundheitssystem. Soziale Arbeit im Krankenhaus ist, je nach Krankheitsbild und individueller Bedarfslage, in sehr vielfältigen Themenbereichen tätig:

- Psychosoziale Interventionen (z.B. Hilfe bei der Krankheitsbewältigung, Suchtberatung)
- Soziale Interventionen (z.B. bzgl. gesetzlicher Vertretung, Versorgung betreuungsbedürftiger Angehöriger)
- Wirtschaftliche Interventionen (bzgl. Leistungen der Pflegeversicherung, Sicherung des Krankenversicherungsschutzes u.v.m.)
- Ambulante Nachsorge (bzgl. ambulanter nachstationärer pflegerischer, palliativer und/ oder psychiatrischer Versorgung)
- Stationäre Nachsorge (bzgl. stationärer pflegerischer Versorgung, Hospiz)
- Medizinische Rehabilitationsleistungen im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt
- Teilhabe an Bildung bzw. am Arbeitsleben¹

¹ vgl. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2019): „Produkt- und Leistungsbeschreibung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen“, 4. Auflage.

Facts

Im Jahr 2018 gab es in Deutschland 1925 Krankenhäuser mit insgesamt 498.192 Betten und circa 19,4 Millionen Fällen. Die durchschnittliche Verweildauer pro Fall lag bei 7,2 Tagen. Betrachtet man die Entwicklung von 1991 bis 2018 ist festzustellen, dass die Zahl der Krankenhäuser kontinuierlich abnimmt und die jährlichen Fallzahlen steigen, insbesondere durch immer kürzere Liege-/Aufenthaltsdauer.² Mit anderen Worten müssen in immer kürzerer Zeit immer mehr Personen medizinisch behandelt und auch durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit beraten werden, während die Komplexität der Bedarfslagen und somit die Komplexität der Beratungen und in der Patient*innenversorgung weiter zunimmt.

Die Deutsche Krebsgesellschaft legt mit den Zertifizierungsvorgaben für den Sozialdienst onkologischer Zentren und Organzentren fest, dass eine Vollzeitstelle der Sozialen Arbeit für 400 zu beratende Patient*innen pro Jahr vorgesehen ist.³ Andere Organisationen fordern ergänzend dazu für die Tätigkeit bei Patient*innen mit anderen Krankheitsbildern einen Personalschlüssel von 400-500 sogenannten Schwerpunktfällen bzw. von 600 Regelfällen pro Vollzeitstelle und Jahr.⁴ In der Realität des Arbeitsalltags werden diese Vorgaben allerdings oftmals trägerseitig nicht eingehalten und es kommt nicht selten dazu, dass bis zu 900 Fälle pro Jahr und Vollzeitstelle bearbeitet werden müssen. Dies geht zu Lasten der Patient*innen, die aufgrund dessen nur eine verkürzte Beratungsleistung erhalten, zum Teil mit fatalen Folgen. So führt dies mitunter zu verfrühten Entlassungen in nicht ausreichend versorgte Situationen, wenn der Sozialdienst nicht oder nicht rechtzeitig eingeschaltet wurde, um gemäß den Vorgaben eine bedarfsgerechte Rehabilitation einzuleiten bzw. nachstationäre Versorgung zu regeln. Darüber hinaus kann dies auch zu sogenannten Drehtüreffekten führen. Dies geht vor allem zu Lasten der Patient*innen und deren Bezugspersonen, aber auch zu Lasten der Gesundheit der in diesen Krankenhäusern tätigen Personen (stressbedingte Erkrankungen können die Folge sein) sowie bei medizinisch unnötigen Wiederaufnahmen auch zu Lasten des Gesundheitssystems insgesamt.

² vgl. Statistisches Bundesamt (Stand: 19.06.2020): Krankenhäuser – Einrichtungen, Betten und Patientenbewegung. S. 10 und 55. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html?view=main\[Print\]{letzter Abruf: 06.09.2020}](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html?view=main[Print]{letzter%20Abruf:06.09.2020})

³ vgl. beispielhaft DKG (2020): Erhebungsbogen zur Zertifizierung von Prostatakrebszentren. Kap. 1.5.1, S. 17.

⁴ vgl. DVSG (2006/ überarb. 2013): DVSG-Fallgruppen für die Sozialarbeit im Gesundheitswesen. S. 33f.

Im Jahr 2018 waren laut Statistischem Bundesamt 10.261 Stellen für Sozialarbeiter*innen/ Sozialpädagog*innen im Krankenhaus ausgeschrieben. Allerdings geht aus der statistischen Erfassung auch hervor, dass 2018 in 615 von 1925 in Deutschland existierenden Krankenhäusern keine Stellen für Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen besetzt waren. Dies ergibt eine Verschlechterung im Vergleich zu 2017, wo in 586 von 1942 Krankenhäusern keine entsprechenden Stellen vorgehalten worden sind.⁵ Die für Soziale Arbeit vorgesehenen Stellen werden zudem oftmals durch andere Gesundheitsfachberufe, und dies trotz Fachkräftemangel. Die statistischen Erhebungen zielen somit auf die Ausschreibungen ab und nicht auf die Qualifikationen der dort Tätigen. Daher gibt es keine genauen Angaben, wie viele Fachkräfte der Sozialen Arbeit im Krankenhaussektor tatsächlich tätig sind und in knapp einem Drittel aller Krankenhäuser gibt es gar keine Stellen für Soziale Arbeit.

Die Leistungen des Sozialdienstes sind (mit)finanziert über die Fallpauschalen bzw. das sogenannte DRG-System. Manche OPS-Codes ermöglichen das Abbilden einzelner Beratungsthemen der Sozialen Arbeit (z. B. die sozialrechtliche Beratung oder die Nachsorgeorganisation). Allerdings führt die Kodierung bislang nicht zu einem höheren Erlös für Krankenhäuser⁶. Eine Erfassung sogenannter Komplexcodes (z.B. bei geriatrischer oder palliativer Frühkomplexbehandlung), in der auch die Soziale Arbeit als eine Berufsgruppe des interdisziplinären Teams gefordert ist, wird erst durch diese Einzelcodierung möglich.

⁵ vgl. hierzu Blankenburg/ Cosanne (2019): Gesellschaftliche Trends und Beschäftigtenzahlen in Praxisfeldern gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In: Dettmers/Bischkopf (2019): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Reinhardt Verlag, München, S. 142.

⁶ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für psychosoziale Versorgung in Akutkrankenhäusern (<http://www.bag-pva.de/>)/ Kodierleitfäden für psychosoziale Leistungen (http://www.bag-pva.de/pdf/kodierleitfaden_bag_200111.pdf)

Forderungen

Wir Fachkräfte der Sozialen Arbeit fordern...

1. die Festlegung der Qualifikation der Sozialen Arbeit (Studium der Sozialen Arbeit mit Abschluss Bachelor/ Master/ Diplom und staatlicher Anerkennung) als Voraussetzung für die Besetzung von Krankenhaus-Sozialdiensten und somit als Bestandteil der Krankenhausbehandlung (z.B. Anlehnung an die Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft für zertifizierte Zentren)
2. die Aufnahme der (wie oben genannten qualifizierten) Sozialen Arbeit als Profession in allen Landeskrankenhausgesetzen, so dass Soziale Arbeit flächendeckend in allen Krankenhäusern vorgehalten werden muss.
3. einen festen Personalschlüssel für Soziale Arbeit im Krankenhaus, der den Vorgaben und Empfehlungen der Fachgesellschaften (z.B. der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, der Deutschen Krebsgesellschaft) entspricht.
4. eine bundeseinheitliche und regelhafte Finanzierungsgrundlage der Leistungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus, die sich auch auf die Tätigkeit der Anbindung von Patient*innen an Ambulanzen sowie den Bereich der Notaufnahmen bezieht.
5. eine bundeseinheitliche und regelhafte Finanzierungsgrundlage für die Beratungs- und Unterstützungsleistungen von Fachkräften der Sozialen Arbeit auch in ambulanten und teilstationären Settings des Gesundheitswesens. Durch die zunehmende Ambulantisierung sowie die geforderte bedarfsgerechte Patient*innensteuerung ist die Soziale Arbeit auch in Gesundheitszentren, Notaufnahmen, Versorgungszentren oder Arztpraxen zu etablieren.

O-Töne

„Zeitlich und fachlich adäquat ausgestattete Soziale Arbeit im Krankenhaus ist sehr wichtig, da wir dann – zusätzlich zu einer adäquaten Nachsorgeorganisation – eine gute psychosoziale Begleitung unserer vor allem krankheitsbedingt sehr belasteten Patient*innen gewährleisten können. Dadurch bieten wir Unterstützung in schweren Zeiten

innerhalb eines sehr komplexen Systems, sind eine temporäre Stütze während des Aufenthalts und können Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung einleiten bzw. organisieren.“

Denise Lehmann, Sozialarbeiterin aus einer Akutklinik und Mitglied des Gesamtvorstands der DVSG

„Die Tätigkeit als Sozialarbeiterin im Krankenhaus ist u. a. geprägt durch sehr komplexe Beratungen von zunehmend älteren und multimorbiden Patient*innen in einem immer kürzer werdenden Zeitfenster, die Erforderlichkeit einer stetigen Auseinandersetzung mit vorhandenen Versorgungslücken sowie der Organisation von halbwegs tragfähigen Alternativen für die Patient*innen (z. B. bei Multimorbidität jüngerer Patient*innen). Dies ist oftmals sehr unbefriedigend.“

Sozialarbeiterin aus einem Universitätsklinikum

„Die Arbeit im Krankenhaus gleicht teilweise einer Fließbandarbeit. Die individuelle Beratung eines jeden Einzelnen geht oft über die finanzierte Zeit hinaus und ist dem Engagement der einzelnen Sozialarbeiter*innen zuzuschreiben. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist weit mehr als Entlassmanagement und Antragstellungen, nur muss dies leider oftmals im Rahmen der in den Kliniken vorgegebenen Zeitressourcen darauf reduziert werden.“

Sozialarbeiterin aus einem Universitätsklinikum