

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. Verfasst wurden sie von Fachkräften und Expert*innen aus Praxis und Wissenschaft.

Wie wirkt Soziale Arbeit im Krankenhaus?

Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert 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 dem 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 eine sachgerechte Anschlussversorgung zu organisieren.

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

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,

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

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. Des Weiteren führt dies zu Unzufriedenheit bei allen Berufsgruppen, zu ggf. Drehtüreffekten und geht zudem auch zu Lasten der Gesundheit der in diesen Krankenhäusern tätigen Personen.

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 Berufsgruppen besetzt,

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\[Print\]](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/gd-krankenhaeuser-jahre.html?view=main[Print]) {letzter Abruf: 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.

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.

wie zum Beispiel mit Pflegefachkräften. 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, in der auch die Soziale Arbeit als eine Berufsgruppe des interdisziplinären Teams genannt ist, wird erst durch diese Einzelcodierung möglich.

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.
2. die Aufnahme der (wie oben genannten qualifizierten) Sozialen Arbeit als Profession in allen Landeskrankengesetzen, 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

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)

Krebsgesellschaft, der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin) 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.

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