

Quo vadis Soziale Arbeit im Krankenhaus?

Aktuelle Entwicklung der Krankenhaussozialdienste



Hans Nau

Traditionell ist die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG) die Heimat der Krankenhaussozialdienste. Hier hat sich in den letzten Jahren viel verändert. Die Leistungen des Sozialdienstes stehen auf dem Prüfstand. Die Frage lautet, ob bisher von der klinischen Sozialarbeit erbrachte Leistungen in der bisherigen Qualität und in diesem Umfang zwingend im Krankenhaus erbracht werden müssen. Und wenn ja, bedarf es der Klärung, ob es nicht kostengünstigere Lösungen gibt. Der Beitrag von Hans Nau geht der Frage nach, wohin Soziale Arbeit in den Krankenhäusern steuert und wo ihre Chancen liegen.

Im Bereich der Krankenhaussozialdienste ist sehr viel in Bewegung, wobei die Entwicklungen in den einzelnen Krankenhäusern sehr unterschiedlich sind. Manche Krankenhäuser bauen den Leistungsumfang klinischer Sozialarbeit aus, weil sie den Wert der Tätigkeiten an der Schnitt-

stelle zwischen Krankenhaus und nachsorgenden Diensten als wichtig einstufen und sich dadurch im Wettbewerb gestärkt sehen. Gute Qualität in der Vorbereitung der Entlassung und in der Kooperation mit Nachversorgern beeinflusst zum einen das Zuweisungsverhalten der niedergelassenen Ärzte und zum anderen die zukünftig zu erwartende verstärkte Steuerung durch die Kostenträger. Doch noch sind Kliniken, die Klinische Sozialarbeit ausbauen, in der Minderheit. Der Alltag vieler Mitarbeiter in Sozialdiensten ist geprägt durch den alltäglichen Kampf bei der Bewältigung der Aufgabenfülle und

Klinische Sozialarbeit ist immer noch kein Partner auf Augenhöhe mit dem Ärztlichen Dienst und der Pflege. Sie wird oft als Hilfsdienst gesehen und eingesetzt.

durch die Auseinandersetzung mit anderen Berufsgruppen, die die originären Felder der Klinischen Sozialarbeit besetzen.

Daneben hat die Sozialarbeit im Krankenhaus bisher keine organisatorische Heimat gefunden, es scheint so als sei ihre Zuordnung innerhalb des Unternehmens Krankenhaus beliebig. Es scheint sich der Trend zu verstärken, Klinische Sozialarbeit der Pflege zuzuordnen. Ob dies die Position des Dienstes innerhalb eines Krankenhauses stärkt ist sehr zweifelhaft, eher das Gegenteil ist zu befürchten. Eigentlich ist es klar, klinische Sozialarbeit ist die

dritte Säule innerhalb der Organisation. Doch die Klinische Sozialarbeit ist immer noch kein Partner auf Augenhöhe mit dem Ärztlichen Dienst und der Pflege. Sie wird oft als Hilfsdienst gesehen und eingesetzt, der den anderen Berufsgruppen zuarbeitet. Um den Sprung auf das Podest einer eigenen Abteilung zu schaffen, fehlt Macht und Unterstützung durch die anderen Berufsgruppen, die sich um ihre eigenen Belange kümmern. Andere Dienstleister im Krankenhaus, wie beispielsweise die Physiotherapeuten, haben es geschafft als eigene Abteilung anerkannt zu werden. Diese Dienste sind allerdings der Sozialarbeit an Personalstärke weit überlegen.

Ist Sozialarbeit im Krankenhaus nur noch Entlassungsmanagement?

Derzeit scheint es als ordneten sich alle Aufgaben der Klinischen Sozialarbeit der Gegenwart unter dem Dach des Entlassungsmanagement unter. Sozialarbeiter im Krankenhaus haben den Auftrag, Patientenentlassungen für das Krankenhaus wirtschaftlich zu steuern. Allerdings ist das eine Aufgabe der klinischen Sozialarbeit neben anderen. Bei einer prioritären Umsetzung des Entlassungsmanagements noch die weiteren Ziele der Sozialarbeit einzubinden, die über den Tellerrand des Krankenhauses hinausreichen, ist schwierig und verbunden mit vielerlei Hürden.

Eine ganzheitliche Sichtweise, die die Profession Soziale Arbeit grundsätzlich verfolgt, schließt konsequenterweise Fragen ein, die im Zusammenhang mit dem „Davor“ (vor dem Krankenhausaufenthalt) und dem „Danach“ (nach dem Krankenhausaufenthalt) stehen. Dies entspricht dem Konzept der Sozialarbeit, das entsprechend eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells, immer Prävention und



Klinische Sozialarbeit wird heute oft auf möglichst wirtschaftliches Entlassmanagement reduziert.

Foto: bilderbox/fotolia.com

Nachhaltigkeit im Blick hat. Dies kann im Arbeitsalltag nur ansatzweise verwirklicht werden und ist nur durch hohes Engagement möglich. Für das Krankenhaus ist die Einbeziehung des „Davor“ und „Danach“ eher eine „Wellnesstätigkeit“, die bearbeitet werden kann, wenn die Kernaufgaben erfüllt sind. Die Sicht der Patienten ist eine andere. Sie wünschen sich Gesprächspartner, die sich Zeit nehmen und sich ihrer Fragen annehmen. Wenn es ein bisschen mehr an Qualität sein soll, stehen die Sozialarbeiter in einem permanenten Spannungsfeld zwischen den Erwartungen des Krankenhauses und denen der Patienten und Angehörigen sowie ihren eigenen Vorstellungen.

Wunsch- und Wahlrecht SGB IX

Das im SGB IX benannte Wunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl einer geeigneten Rehabilitationsklinik wird von vielen Sozialarbeitern zu recht als wesentliche Stärkung der Patientenrechte gesehen. Doch im Alltag den Patienten zu ihrem Recht zu verhelfen ist häufig mit kaum überwindbaren Hindernissen verbunden. Auch hat das Krankenhaus wenig von diesem Einsatz für die Rechte der Patienten, im Gegenteil. Patienten bleiben möglicherweise länger im Krankenhaus als nötig und die im Inter-

esse des Patientenwahlrechts eingesetzte Zeit wird entlassrelevanten Aufgaben entzogen. Kostenträger scheinen sich den Entlassungsdruck zunutze zu machen, denn wenn sie beispielsweise einen Antrag für eine bestimmte Rehabilitationsklinik (oder auch Rehabilitationsform) ablehnen, bleibt dem Krankenhaus wenig Spielraum zum Widerspruch, weil dies zu einer Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes führen würde.

Klinische Sozialarbeit im Konkurrenzkampf mit anderen Berufsgruppen

Vermutlich spüren viele Mitarbeiter in Sozialdiensten in den Krankenhäusern die Spannung zwischen unterschiedlichen Erwartungen und dem eigenen Anspruch und verbrauchen alle Energie in der Bewältigung des beruflichen Alltags. Sozialarbeiter sind möglicherweise für das Krankenhaus nicht die idealen Entlassungsmanager, weil sie Themen einbringen, die ein Krankenhaus unter DRG-Bedingungen eigentlich nicht gebrauchen kann. Passen da nicht Überleitungspflege und Pflege-Casemanager viel besser, die den ganzheitlichen Blick in sozialarbeiterischer Ausprägung nicht haben? Diese für die Profession provokante Frage beantworten nicht wenige Krankenhäuser positiv. Sind für psychosoziale Inter-

ventionen nicht Psychologen die besseren Helfer, denn Studien belegen doch, dass zum Beispiel Brustkrebspatientinnen 80 Prozent psychologische Beratung benötigen?

Die Sozialarbeit in den Krankenhäusern ist mit einem erheblichen Veränderungs- oder Verdrängungsprozess konfrontiert. Die Frage ist, wohin die Sozialarbeit gedrängt wird, vielleicht ganz aus den Krankenhäusern? Diese Gefahr besteht insbesondere, wenn spezifische Kompetenzen im Alltag nicht mehr sichtbar sind. Auch andere Professionen im Krankenhaus beklagen sich über hohe Arbeitsbelastung, fremde Tätigkeiten, doch ihre spezifischen Tätigkeiten sind trotzdem transparent und anerkannt. Sozialarbeit als „Hausärztin“ der psychosozialen Berufsgruppen hat es schwer im derzeitigen Gerangel in den Krankenhäusern. Versuche es allen recht zu machen, verschlimmern die Situation, denn damit mutiert Klinische Sozialarbeit zu reiner Verwaltungsarbeit.

Die Zukunft hat schon begonnen

Die Gegenwart Klinischer Sozialarbeit erscheint in Dunkelgrau, doch die Zukunft hat bereits begonnen. Die Pläne zur Neuaufteilung der Tätigkeitsfelder im Gesundheitswesen machen deutlich, wohin die Reise geht. Insbesondere die Zentrierung auf den Arzt, die fehlende Abstimmung zwischen den Sektoren der Versorgung und die weiter bestehenden Grenzen zwischen den Berufsgruppen führen zu Ineffizienz und bedeuten Ressourcenverschwendung. Dies muss zu Konsequenzen führen, da wir uns eine ineffiziente Versorgung nicht mehr leisten können. Vor diesem Hintergrund kann die Sozialarbeit die Zukunft mitgestalten und bei der Neuaufteilung Aufgabenfelder für sich beanspruchen, in denen die Kompetenzen der Sozialarbeit wichtig sind und anerkannt werden. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es allerdings noch vieler Klärungen. Die Funktion der Sozialarbeit wird derzeit überwiegend auf das Entlassungsmanagement beschränkt. Dort stehen wir mächtigen Konkurrenten gegenüber. In den Krankenhäusern sind dies Pflege-Casemanager, Pflegeüberleitung, von außen



Foto: elviragerecht/fotolia.com



Foto: aok bilderdienst

Qualitätsstandards spielen in der Zukunft Sozialer Arbeit eine wichtige Rolle, ob in spezialisierten zertifizierten Zentren, in der Arbeit mit kranken Kindern oder im Umgang mit Sterbenden.

kommen Brückenpflege, Krankenkassen oder Angebote von Home-Care-Unternehmen, die Paketlösungen anbieten und eine nahtlose Patientenüberleitung garantieren.

Die Nachhaltigkeit von Hilfen ist für das Krankenhaus zweitrangig. Daran hat bisher auch der, in § 11 SGB V neu definierte, Versorgungsauftrag der Krankenhäuser nichts geändert. Die Krankenhäuser haben viel schwerwiegendere Probleme. Ihnen steht das Wasser bis zum Hals, denn mehr als ein Drittel der Krankenhäuser in Deutschland rechnet 2008 mit einem Defizit. Es ist leicht nachzuvollziehen, dass sich bei dieser Ausgangslage um die Qualität der Versorgung nach der Entlassung andere kümmern müssen. Sozialarbeit passt nicht in diese Rahmenbedingungen, weil ihre Leistungen zwar extrem wichtig wären, wenn eine an die Situation der Betroffenen angepasste und mit ihnen abgestimmte Hilfe als Ziel definiert wäre. Ein Krankenhaus in defizitärer Situation kann sich dieses Ziel nicht auf die Fahnen schreiben, weil dies mit Kosten verbunden ist, die man nur ausgibt, wenn man es sich leisten kann. Für eine Neupositionierung fehlt es an dieser Stelle an klaren Strukturvorgaben und an finanziellen Anreizen für die Krankenhäuser, diese Position zu überdenken.

Die Zeichen stehen auf Sturm. Es ist ein Sturm, der vieles durcheinander wirbelt, aber auch neu ordnet. Wie

muss die neue Ordnung aussehen, damit Soziale Arbeit ihre Kompetenzen nachhaltig und im Sinne der Patienten einbringen kann? Gefordert sind vor allem Initiativen der Sozialarbeit, aktiv neue Felder zu erkennen und ihren Platz zu erobern. Zu klären ist, in welchen Bereichen die spezifischen Kompetenzen der Sozialarbeit gebraucht werden und wo diese zur Effizienzsteigerung und zur Verbesserung der Qualität der Versorgung beitragen. Es gibt einige Zukunftsbereiche für die Sozialarbeit im Krankenhaus und manche sind heute schon in Ansätzen Realität.

■ Zertifizierte Zentren

Für die Anerkennung als Behandlungszentrum (beispielsweise Brust- oder Darmzentrum) ist die Einhaltung von Qualitätsanforderungen Voraussetzung. Dies betrifft auch die Sozialarbeit. Es muss gewährleistet sein, dass Patienten, die im Rahmen des Zentrums behandelt werden, eine umfassende und ganzheitliche Beratung und Betreuung durch die Sozialarbeit erhalten. Jeder Patient soll über das Angebot informiert sein. Die Beratung ist nicht auf den stationären Aufenthalt beschränkt. Sie endet erst, wenn die Behandlung abgeschlossen und die nachstationären Maßnahmen eingeleitet sind. Wenn sich an den stationären Aufenthalt eine ambulante Bestrahlung anschließt, kann sich das Krankenhaus der Beratung nicht mit dem

Hinweis entziehen, dass ambulante Leistungen nicht vorgesehen sind. Das Krankenhaus muss Ressourcen vorhalten, um auch diese Aufgaben erbringen zu können. Der Zertifizierungstrend wird sich fortsetzen und die Einbindung sozialarbeiterischer Leistungen als Qualitätsmerkmal schafft einen neuen, verlässlichen Rahmen.

■ Kinderschutzfachteams

Kinderkliniken in Deutschland haben erkannt, dass das Thema Kindeswohlgefährdung in den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses integriert werden muss und haben entsprechende Strukturen geschaffen, damit eine Umsetzung möglich ist. Die Sozialarbeit spielt dabei eine entscheidende Rolle, in der oft sehr schwierigen Kommunikation mit den Sorgeberechtigten, in der Vermittlung zwischen den Positionen der Beteiligten, der Entwicklung eines Hilfeplans und in der Steuerung. Sozialarbeiter sind aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation ebenso bestens geeignet, die Funktion der Koordinierungsstelle innerhalb des Kinderschutzfachteams zu übernehmen.

■ Palliativversorgung

Eine der wichtigsten Persönlichkeiten der Hospizbewegung war Cicely Saunders. Sie hatte drei Ausbildungen: Pflege, Sozialarbeit, Medizin. Damit wird deutlich, dass bei der Betreuung von Palliativpatienten grundsätzlich medizinische, soziale und pflegerische Themen eine zentrale Rolle spielen und untrennbar miteinander verwoben

sind. Aufgrund der fortgeschrittenen Spezialisierung der Professionen ist es unvorstellbar, dass eine Person alle drei Berufe in sich vereint. Gleichwohl hat sich am grundlegenden Bedarf nichts geändert. Schwere Erkrankungen betreffen immer den ganzen Menschen und sein soziales Umfeld. Der Übergang vom Leben in den Tod ist gekennzeichnet von Störungen zwischen der Person und seiner Umwelt. Um diese Störung zum einen zu erfassen und zu verstehen und zum anderen die Störung zu beseitigen bzw. zu minimieren, bedarf es einer spezifischen Fachlichkeit, die keine andere Berufsgruppe als die Sozialarbeit erfüllt. Dies ist so, weil Sozialarbeit alle, die Störung betreffende Aspekte identifiziert, benennt und in Beziehung zu einander ausgleichende Lösungen anstrebt. Es hilft einem Palliativpatienten wenig, wenn nur seine Vorstellungen und Wünsche berücksichtigt werden und der Familienangehörige, der zur Umsetzung gebraucht wird, bricht unter der Last zusammen. Ein Kernteam in der Palliativversorgung ohne Sozialarbeit ist deshalb nicht vollständig.

Der Gesetzgeber hat die Bedeutung der Sozialarbeit für die Versorgung der Palliativpatienten erkannt. Um das Zusatzentgelt abrechnen zu können, sind sozialarbeiterische Leistungen nachzuweisen.

Das Konzept der Sozialarbeit in der Palliativversorgung ist übertragbar auf alle Patienten, die mit Einschränkungen und der Angst, dass die Krankheit nicht geheilt ist, leben müssen. Schwere Erkrankungen haben immer eine medizinische, pflegerische und soziale Dimension. Die Beispiele zeigen insgesamt neue Felder und Nischen in denen Sozialarbeit ihren Platz finden kann. Darüber hinaus gibt es viele weitere Beispiele gelungener Integration Klinischer Sozialarbeit.

Strategien

Unbefriedigend ist das unklare Kostenvolumen der Sozialarbeit in den DRGs. Die Krankenhäuser haben bei ihrer Kostenberechnung für die Sozialarbeit keine Richtwerte. Dies ist auch ein Grund für die sehr unterschiedlichen Bedingungen der Kollegen. Neidisch kann

man auf die Situation in der Psychiatrie schauen, die bisher von Veränderungen im dem Ausmaß, wie sie in der Sozialarbeit in der Somatik ablaufen, verschont geblieben zu sein scheinen. Zumindest die personelle Ausstattung ist dank der Psychiatriepersonalverordnung noch überwiegend gut. Doch Menschen mit psychiatrischen Nebenkrankungen führen in der Praxis der Sozialarbeiter somatischer Bereiche häufig zu erheblichem Mehraufwand, ohne dass dies bei der Personalbemessung berücksichtigt wird.

Vermutlich ist der Anspruch, alle Anfragen und Beratungswünsche mit

Es gilt gezielt Schwerpunkte zu setzen, die geeignet sind, die besondere Qualität der Sozialarbeit zum Nutzen der Patienten, aber auch des Krankenhauses hervorzuheben.

derselben Qualität erbringen zu wollen, noch weit verbreitet. Das bedeutet nichts anderes, als dass die Qualität für alle sinkt. Das Steuerungsinstrument in unserer Hand ist die Bildung von Schwerpunkten. Sozialarbeiter werden besonders dann gebraucht, wenn eine multiple Problemlage vorliegt und zunächst sowohl Gespräche zur Krisenintervention sowie psychosoziale Diagnostik erforderlich sind. Andere, klare abgrenzbare Leistungen, können tatsächlich abgegeben werden, sinnvollerweise unter beratender Begleitung durch Sozialarbeit bzw. in den Dienst integriert. Es gilt gezielt Schwerpunkte zu setzen, die geeignet sind, die besondere Qualität der Sozialarbeit zum Nutzen der Patienten, aber auch des Krankenhauses hervorzuheben.

Der Wettbewerb der Professionen erfordert ein klares Profil, auch oder gerade weil die Versorgung zukünftig verstärkt in multiprofessionellen Teams stattfinden wird. Wer seine besonderen Kompetenzen und Stärken nicht zeigen

kann, wird in multiprofessionellen Teams rasch zum Außenseiter. Sozialarbeit kann von anderen Berufsgruppen lernen, wie ein Markt geöffnet wird. Psychologen können Studien vorweisen, dass Krebskranke in der Mehrzahl psychologische Unterstützung brauchen. Ohne die Wichtigkeit der Psychologie in Frage stellen zu wollen, kann dieser Trend bei einer erfolgreichen Platzierung in den Krankenhäusern zu einer Verdrängung der Sozialarbeit als einem anderen Vertreter der psychosozialen Berufsgruppen führen. Die Strategie der Sozialarbeit könnte lauten: unsere psychosozialen Kompetenzen in Diagnostik und Therapie sind die kostengünstigeren Varianten, um die psychosoziale Grundversorgung der Patienten sicher zu stellen. Sozialarbeit führt psychosoziale Maßnahmen selbst durch, wenn dies ausreichend ist. Sie bezieht Psychologie gezielt ein, wenn therapeutische Hilfen als begleitende Maßnahmen erforderlich sind, um die medizinischen Behandlung zu sichern.

In den Palliativteams und den Kinderschutzfachteams sitzen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter bereits mit anderen Berufsgruppen in einem Boot und müssen sich der Herausforderung stellen, ihr Profil zu zeigen. Gemeinsam mit den Mitgliedern anderer Professionen wird die bestmögliche Versorgung für die Patienten angestrebt. Doch Sozialarbeit kann mehr. Sie kann die Teammitglieder anderer Professionen in Konfliktsituationen, bei Kooperations- und Kommunikationsstörungen beraten und unterstützen. Auch bekommt der strukturelle Auftrag mehr Gewicht. Sozialarbeit erkennt Defizite und Lücken im Versorgungsnetz, sie muss diese benennen und Impulse zur Anpassung von Strukturen geben. Um diese neuen Aufgaben angehen zu können, ist möglicherweise eine grundlegende Änderung der Haltung der Protagonisten Bedingung. Denn um das zu erreichen, ist mutiges Vorgehen erforderlich.

■ *Hans Nau ist Leiter der Klinischen Sozialarbeit am Klinikum Stuttgart und Mitglied des Redaktionsteams, © h.nau@klinikum-stuttgart.de*