



DVSG

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

Kaiserstr. 42, 55116 Mainz

Tel.: 06131-22 24 22, Fax: 06131-22 24 58,

E-mail: info@dvsg.org, Internet: www.dvsg.org

Stellungnahme

„Fremdfinanzierung der Sozialarbeit im Krankenhaus“

1. Vorbemerkung

Die Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) ist ein Fachverband mit dem Ziel der Stärkung und Weiterentwicklung der Sozialarbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens. Psychosoziale Beratung und Betreuung ist ein wesentlicher Bestandteil im gesamten System der Sozialen Sicherung. Sozialarbeit übernimmt im Gesundheitswesen an vielen Stellen „Übersetzungsfunktion“ zwischen der Betroffenen- und Expertenebene, sowie Vernetzungsaufgaben in den unterschiedlichen Behandlungsphasen, zwischen dem Gesundheits- und Sozialsystem, zwischen Sektoren (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Nachsorge, Pflege, ambulant und stationär), zwischen Institutionen, zwischen den einzelnen Berufsgruppen und innerhalb der eigenen Berufsgruppe.

Die DVSG nimmt aus dem Fokus der Patientenorientierung und Sicherstellung der gleichberechtigten Teilhabe aller Menschen an den gesellschaftlichen Ressourcen unter gleichzeitiger Beachtung der ökonomischen Rahmenbedingungen Stellung zu aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen.

2. Tendenzen im Gesundheitswesen: Fremdfinanzierung der Sozialarbeit

Im Zuge der zunehmenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen entwickeln die verschiedenen Leistungserbringer und Träger im Gesundheitswesen unterschiedliche Strategien, um Synergieeffekte zu nutzen und die knapper werdenden Ressourcen effizienter einzusetzen. Insbesondere im Krankenhausbereich sind bedenkliche Entwicklungen zu verzeichnen:

Einzelne externe Dienstleister/Anbieter, wie z.B. ambulante Pflegedienste, Rehabilitationskliniken o.ä., bieten Krankenhausträgern die Finanzierung einer oder mehrerer Sozialdienststellen an oder übernehmen direkt die Überleitung in ambulante Pflege oder in Rehabilitation. Im Gegenzug erfolgt die Vermittlung der Patienten an eben diese Dienstleister.

Die DVSG wendet sich entschieden gegen diese Praxis.

3. Die Bedeutung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Um die Tragweite dieser fatalen Entwicklungen zu verdeutlichen, ist es zunächst erforderlich, sich den grundsätzlichen Auftrag und die Grundlagen des sozialarbeiterischen Handelns zu vergegenwärtigen:

„Der Sozialdienst (im Krankenhaus) bezieht sich in seiner Tätigkeit auf die aktuellen, persönlichen und sozialen Probleme der Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung und den Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen.....¹“

¹ Richtlinien der Deutschen Vereinigung für Sozialdienst im Krankenhaus e.V. (DVSK) 1999

Die Soziale Arbeit berücksichtigt hierbei insbesondere die sozialen, ökonomischen und psychischen Aspekte einer Krankheit und stellt diese in Relation zum subjektiven Krankheitserleben des Betroffenen.

Prinzipien des beruflichen Handelns sind die unbedingte „Achtung des Lebensrechts und die Würde des Menschen, der Selbstbestimmung des Einzelnen und von Gemeinschaften, insbesondere im Blick auf ihre Werteorientierung, das Vertrauen in die positive Veränderbarkeit sozialer Verhältnisse und das Vertrauen in die Kraft und den Willen von Menschen, belastende Lebensverhältnisse bei geeigneter Unterstützung selbst anzugehen...“

„Charakteristisch für Sozialarbeit ist die ganzheitliche Sicht des Menschen in seiner individuellen Eigenart und Entwicklung, seinem sozio-kulturellen Lebensraum und seiner ökonomischen Situation.“²

Die **Aufgaben der Sozialen Arbeit auf Einzelfallebene** beinhalten insbesondere das Wahrnehmen der individuellen Lebenswelt des Patienten. Darüber hinaus befähigt sie den Patienten, seine Rechte und Pflichten bewusst wahrzunehmen und unterstützt ihn bei der Entscheidungsfindung. Dadurch fördert sie die Compliance und Handlungsfähigkeit des Patienten – und damit seine Teilhabe an der Gesellschaft.

Wesentlich ist hierbei das Erschließen der sozialen, materiellen, persönlichen und gesellschaftlichen Ressourcen aus allen Bereichen der Sozialgesetzgebung (aus dem Sozial- und Gesundheitssystem) zur Stabilisierung der individuellen Lebenssituation, um u.a. die Behandlungskontinuität zu gewährleisten. Soziale Arbeit stellt bei komplexem Hilfe- und Unterstützungsbedarf die stabile Versorgung der Einzelnen auch über Sektorengrenzen des Sozial- und Gesundheitswesens hinaus sicher.

Die zur Bewältigung der beschriebenen Aufgaben angewandte Methode ist das **Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen**. Wesentlicher Inhalt dieses Handlungskonzepts ist das Unterstützungsmanagement, das personenbezogen passgenaue Hilfen in einem größeren Versorgungszusammenhang erschließt, optimal ermittelt und zugänglich macht. Case Management in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitswesen bedeutet die Übernahme einer effizienten und effektiven fallbezogenen systematischen Prozesssteuerung durch eine Person/Team.³ Wesentlich ist hierbei insbesondere die Analyse von Schnittstellen und Versorgungsbrüchen, sowie deren Aufgreifen auf Systemebene zur Entwicklung tragfähiger struktureller Lösungen.

Soziale Arbeit bewegt sich qua **Berufsauftrag** zwischen der Orientierung an individuellen Bedürfnissen, aber auch an den Interessen der Gesellschaft. Dieses so genannte „Doppelte Mandat“ befähigt die Sozialarbeit insbesondere im Spannungsfeld zwischen Ökonomisierung und Stärkung der Patientensouveränität offensiv zu handeln.

Voraussetzung für professionelles und patientenorientiertes Handeln der Sozialen Arbeit ist jedoch die unbedingte Neutralität und Unabhängigkeit. Diese ist bei der Finanzierung von Sozialdienststellen durch externe ambulante Pflegedienste oder Rehabilitationskliniken o.ä. nicht mehr gegeben.

4. Gesetzliche Rahmenbedingungen des Krankenhauses

Die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus, sowie die Sicherstellung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege sind zwingender Bestandteil der Leistungen eines Krankenhauses (§ 112 II Nr. 4 und

² DBSH (1996): Berufsbild für Fachkräfte der Sozialen Arbeit

³ Prof. Ruth Rimmel-Faßbender; Näheres siehe Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)

5 des SGB V) und damit Bestandteil der DRG-Finanzierung. In zweiseitigen Verträgen zwischen den Krankenkassenverbänden und den Landeskrankenhausgesellschaften wird dies konkretisiert:

„Das Krankenhaus ergänzt die ärztliche und pflegerische Versorgung auf Wunsch des Patienten durch persönliche Hilfe und durch Maßnahmen, die sich auf seine soziale Situation beziehen, mit dem Ziel, durch Krankheit oder Behinderung gestörte Beziehungen des Patienten zu Familie, Beruf und Gesellschaft zu normalisieren sowie den Patienten in allen sozialen Fragen zu beraten und bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen. Dazu sind Sozialarbeiter einzusetzen.“ „Die Krankenhäuser unterrichten die Patienten rechtzeitig vor Beendigung der stationären Versorgung über die Angebote der gesundheits- und sozialpflegerischen Dienste.....“ § 23 II und IV Berliner Landeskrankenhausgesetz (LKG). Der Patientensouveränität wird auch im Zuge der Gesundheitsreform eine immer größere Bedeutung zugemessen.

Der Kliniksozialdienst ist der Zielsetzung des Krankenhauses verpflichtet und unterliegt der gesetzlichen Schweigepflicht, sowie den Datenschutzbestimmungen. Er wird auf Anregung des Patienten, seiner Angehörigen, der Mitarbeiter des Krankenhauses oder externer Dienste, Einrichtungen bzw. Behörden oder aus Eigeninitiative tätig.

5. Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen

Die Gesundheitspolitik fordert und fördert die nahtlose patientenorientierte Versorgung der Patienten über die Sektorengrenzen hinweg. Die in Folge der DRG-Finanzierung zunehmende Verweildauerverkürzung im Krankenhaus und die neuen gesundheitspolitischen Programme (Integrierte Versorgung und Disease-Management-Programme) forcieren engere Kooperationen zwischen Krankenhäusern und externen Dienstleistern des Gesundheitssystems.

Im Rahmen der Integrierten Versorgung schließen z.B. Dienstleister aus verschiedenen Sektoren Verträge mit einzelnen Krankenkassen ab. Diese Verträge beinhalten die Pflicht zur gemeinsamen Qualitätssicherung; die Leistungen der Vertragspartner sind transparent gegenüber den Nutzern/Patienten und gegenüber dem Kostenträger – und unterliegen damit der direkten Kontrolle der Nutzer und der Kostenträger.

Patienten können sich hier jedoch vor der Inanspruchnahme eines solchen Programms entscheiden, ob sie mit den vereinbarten Leistungen und den beteiligten Anbietern des Programms einverstanden sind und ggf. den herkömmlichen Behandlungsweg wählen. Aufgrund ihrer Behandlungsbedürftigkeit befinden sich Patienten im Krankenhaus in einer Abhängigkeitsposition gegenüber den professionellen Berufsgruppen und den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen. Dies erzwingt eine hohe Sensibilität im Umgang mit den Patienten und die Verpflichtung zur Wahrung ihrer Würde und Achtung ihres Selbstbestimmungsrechts. Dies äußert sich u.a. in der Pflicht zur Aufklärung über die erforderlichen Maßnahmen der Behandlung und der nachstationären Versorgung, sowie der Beachtung ihrer Rechte. Es ist zu befürchten, dass dem Wunsch- und Wahlrecht des Patienten bei der übermächtigen Interessenslage der Kooperationspartner und den Refinanzierungsinteressen der Beteiligten nicht mehr Rechnung getragen wird.

6. Probleme bei Fremdfinanzierung der Sozialarbeit

Die (vertraglich festgelegte) Kooperation zwischen einem Krankenhaus und einem externen Dienstleister, der die Finanzierung der Sozialarbeiterstelle durch den externen Dienstleister beinhaltet, ist aus mehreren Gründen als problematisch einzustufen:

- Das einseitige wirtschaftliche Interesse der Beteiligten wird deren Handeln beeinflussen bzw. dominieren.

- Es ist zu befürchten, dass die bestehenden Kooperationen und finanziellen Interessenlagen dem Patienten nicht ausreichend transparent dargestellt werden. Eine souveräne, selbstbestimmte Entscheidungsfindung für eine Anschlussversorgung ist so nicht möglich – die Patientenorientierung ist nicht sichergestellt.
- Es besteht die Gefahr, den Hilfebedarf des Patienten ausschließlich aus dem Fokus des finanzierenden Dienstleisters zu betrachten und Unterstützung primär in diesem Segment anzubieten, d.h. den Schwerpunkt auf die ambulante pflegerische Versorgung bzw. Rehabilitation zu legen, obwohl ggf. andere Maßnahmen eindeutig zielführend wären.

7. Fazit:

Vertrauensschutz des Patienten versus wirtschaftliche Interessen

Patienten erwarten von einem Krankenhaus zu Recht die umfassende Behandlung ihrer Erkrankungen und Unterstützung bei der Bewältigung der Folgen von Krankheit und Behinderung sowie das Handeln in ihrem Interesse und zu ihrem Wohl. Dies beinhaltet, sie zu befähigen, Kriterien für ihre Entscheidungen zu finden, sie über ihre Möglichkeiten, Rechte und Pflichten zu informieren und Unterstützungsmöglichkeiten umfassend aufzuzeigen. Dies kann der Sozialdienst im Krankenhaus nur erfüllen, wenn dessen Refinanzierung nicht abhängig ist von der Auftragsmenge der Vermittler.

Trägervielfalt versus Monopolisierung

Exklusive Vertragsgestaltungen, die die Refinanzierung der Sozialarbeit beinhalten, würden den Anbietermarkt erheblich reduzieren; Monopolisierungstendenzen wären die Folge. Hier bestehen erhebliche Bedenken, dass die Trägervielfalt mit ihren vielfältigen und individuellen Dienstleistungen und Angeboten bedrohlich eingeschränkt würde. Die erforderliche Qualität und die Möglichkeiten der Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts wären dadurch erheblich bedroht.

8. Was ist zu tun?

Krankenhausträger und Kostenträger

Qualität und Patientenorientierung statt kurzfristiger Sparerfolge

Soziale Arbeit trägt dazu bei, Prozesse und Schnittstellen zu analysieren und zusammen mit den im Krankenhaus Verantwortlichen tragfähige Lösungen im Sinn des Krankenhausträgers zu entwickeln. Dabei stehen die Bedürfnisse des Patienten im Mittelpunkt, seine individuelle Situation ist entscheidend für die Art und den Umfang seiner nachstationären Versorgung. Zur Sicherstellung dieser Versorgung ist eine umfassende Bedarfserhebung und Umsetzung der unterstützenden Maßnahmen in allen relevanten Lebensbereichen erforderlich um Drehtüreffekte und Wiedereinweisungen aufgrund fehlender oder unzureichender Versorgungsangebote zu verhindern. Fremdfinanzierte Sozialarbeit ist in erster Linie dem Geldgeber verpflichtet und nicht dem Krankenhaus – weder seinem Leitbild noch seinen Qualitätskriterien oder Qualitätsansprüchen.

Die effektive und effiziente Behandlung des Patienten im Krankenhaus und seine nachstationäre Versorgung gelingt nur, wenn der Patient in seiner Gesamtheit wahrgenommen, bei allen Entscheidungen beteiligt und in seinem Sinne gehandelt wird. Dies erfordert die systematische und konsequente Einbindung der Sozialen Arbeit in die Krankenhausstruktur. Als Teil des Systems kann sie so in den gesamten Behandlungsverlauf integriert werden und ihre Neutralität und Unabhängigkeit bewahren – ganz im Sinne der Patienten und des Krankenhausträgers.

Mainz, 21. November 2006