



DVSG

# **Soziale Arbeit im Gesundheitswesen**

**Vergangenheit**

**Gegenwart**

**Zukunft**

# Sibylle Kraus



DVSG

Dipl.- Sozialarbeiterin (FH)

Sozialmanagerin

Leiterin der sozialen und therapeutischen Dienste

– Somatik - St. Hedwig Kliniken Berlin

**Vorstandsmitglied der DVSG**

Vorstandsmitglied des DBSH - LV Berlin

Mitherausgeberin des Buches:

„Soziale Arbeit mit alten Menschen“ 2003

Tel.: 030/2311-2285 (d.)

Email: [bille.kraus@surfeu.de](mailto:bille.kraus@surfeu.de)

# Gliederung



DVSG

- Vergangenheit
- Gesetzliche Grundlagen der Kliniksozialdienste
- Der gesundheitspolitische Hintergrund
- Die gesundheitspolitischen Programme
- Chancen der gesundheitspolitischen Programme
- Allgemeine Rahmenbedingungen
- Sozialarbeit im Gesundheitswesen
- Die Bedeutung der Sozialen Arbeit
- Forderungen
- Konsequenzen
- Perspektive

## Vergangenheit



DVSG

### 1913

- Aufbau der Krankenhaussozialarbeit in Frankfurt/Main.
- Gründung des „Komitees Soziale Krankenhausfürsorge“ unter Leitung von Alice Salomon.

### 1914

- Presseerklärung zur Einführung der Krankenhausfürsorge  
Magistrat Berlin

### 1918

- Hedwig Landsberg und Anni Tüllmann gründen in Berlin den Verein „Soziale Krankenhausfürsorge außerhalb der Charité“

### 1926

- Erstmalsiger Erlass von Richtlinien eines Krankenhausträgers für die Soziale Krankenhausfürsorge
- Gründung der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus

# Gesetzliche Grundlagen des Kliniksozialdienstes



DVSG

## § 112 Abs. 2 Nr. 4 und 5 SGB V

Aufgabe von Krankenhäusern ist die Sicherstellung der sozialen Beratung und Betreuung der Versicherten, und des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege

# Gesetzliche Grundlagen des Kliniksozialdienstes



DVSG

## Patientenversorgung § 23 II LKG

„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.“



## Über-, Unter- und Fehlversorgung

Bericht des Sachverständigenrates 2000/2001

- überwiegende **Ausrichtung auf Akuterkrankungen**
- **Fragmentierung** der Versorgung
- **Ungenügende Transparenz** der Versorgungsqualität
- Ungenügende Orientierung an den **Standards der evidenzbasierten Medizin**

Bericht des Sachverständigenrates 2003

Keine Kostenexplosion, aber **Probleme auf der Einnahme- und Ausgabenseite**

Empfehlung u.a.:

**Qualitätsverbesserung** in bestehenden und zukünftigen Versorgungsstrukturen

## Die gesundheitspolitischen Programme (GRG 2000 und GMG 2004)



DVSG

- Einrichtung von **Verbraucher- und Patientenberatungsstellen;**  
**Patientenbeauftragte**
- **Einführung einer neuen Krankenhausfinanzierung (DRG's)** →  
Optimierung des Aufnahme-,  
Behandlungs- und Entlassungsprozesses



# Krankenhausfinanzierung (DRG's) seit 2004



DVSG

Diagnosis Related Groups (=pauschalierte Entgelte, Ausnahme: Psychiatrie))

## Ziele:

- **Mehr Transparenz** in die „black box“ Krankenhaus
- **Optimierung** der Aufnahme- Entlassungs- und Verlegungspraxis
- **Stärkere Vernetzung** zwischen stationär und ambulant



### Ganzheitliches Entlassungsmanagement

- Entlassungsmanagement ist Bestandteil der ganzheitlichen multiprofessionellen Behandlung.
- Entlassungsmanagement ist ein Gesamtprozess aller Berufsgruppen.
- Die Rolle der Verantwortlichen und der Mitwirkenden variiert je nach Tätigkeitsschwerpunkt der einzelnen Professionen.
- Das Entlassungsmanagement beginnt bei, ggf. sogar vor der Aufnahme.

## Exkurs: Entlassungsmanagement



DVSG

- Menschen erkranken und gesunden in ihrer jeweiligen spezifischen Lebenswelt.
- Die Behandlungserfolge werden vor diesem Hintergrund durch die PatientInnen geprüft
- Sozialarbeit ist prädestiniert dafür, die individuellen Schwerpunkte zu erkennen und die entsprechenden Ressourcen des Gesundheits- **und** Sozialsystems zu erschließen.
- Dies ist insbesondere zur **Knüpfung eines stabilen Unterstützungssystems** unverzichtbar.

## Die gesundheitspolitischen Programme (GRG 2000 und GMG 2004)



DVSG

- **Disease-Management-Programme** →  
Verbesserte Versorgung chronisch  
Kranker; Verbesserte Mitarbeit von  
Patienten
- **Integrierte Versorgung** →  
Sicherstellung einer patientenorientierten  
Versorgungskontinuität über  
Versorgungsbereiche (Sektoren) hinweg;  
Überwinden der Schnittstellen

# Integrierte Versorgung



DVSG

Der Erfolg und die Anziehungskraft des Modells hängen ab von

- der gelieferten **Qualität der Medizin und Pflege**
- dem **angebotenen Service für die Versicherten**
- der **Organisation der internen Fallsteuerung**
- sowie dem Ausmaß der **Einsparungsmöglichkeiten** gegenüber der herkömmlichen Versorgung.

Hildebrandt 1999

## Chancen der gesundheitspolitischen Programme



DVSG

- Mehr **Transparenz**; mehr **Qualität**
- **Optimierung des Aufnahme, Behandlungs- und Entlassungsprozesses**
- Stärkung der **Patientensouveränität** (SGB V) → Verbesserung der Mitarbeit der Patienten
- **Sicherung der Teilhabe** (SGB IX) – Hilfepläne „wie aus einer Hand“

## Chancen der gesundheitspolitischen Programme



DVSG

- **Servicefunktion** für den Patienten
- Schnittstellen → Vernetzte Systeme
- **Verbesserte Versorgung chronisch Kranker**
- **Gemeinsame Zielorientierung**

# Allgemeine Rahmenbedingungen



DVSG

- Pflicht zur Qualitätssicherung
- Forderung nach Transparenz
- Stärkung der Patientenrechte  
→anspruchsvolle PatientInnen/  
Angehörige
- Wettbewerb unter Leistungserbringern
- Partikularinteressen

**Ökonomie ↔ Ethik**





## Wirtschaftlichkeitsgebot

### § 12 SGB V

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“

Aber auch:

**Stärkung der Patientensouveränität**



DVSG

# Die Aufgaben der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Der Sozialdienst bezieht sich in seiner Tätigkeit auf die **aktuellen, persönlichen und sozialen Probleme** der PatientInnen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung und den Auswirkungen auf ihr Leben und das ihrer Angehörigen.

Er orientiert sich an der **Würde** und am **Selbstbestimmungsrecht** des Individuums.

DVSK - Richtlinien 1999

# Die Ziele der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen



DVSG

Koordination des Versorgungssystems  
Erschließen der gesellschaftlichen,  
materiellen, sozialen und persönlichen  
Ressourcen

## **Methode**

(Sozialarbeiterisches) Case Management

# Ganzheitlicher Ansatz der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen



DVSG

„**Sozialarbeit** unterscheidet sich von anderen Hilfen für den Menschen dadurch, dass sie nicht einen Teilbereich menschlicher Existenzbedingungen in den Mittelpunkt stellt, sondern die Problematik von Einzelnen, Gruppen und Gemeinwesen **in ihrem lebensstypischen und gesellschaftlichen Zusammenhang** sieht und angeht.“

Marianne Künzel-Schön; 1995

# Position der Sozialen Arbeit



DVSG

- **Doppeltes Mandat** (Bedürfnisse der Bürger/Interessen der Gesellschaft)
- Ziel: Vermeiden, Aufdeckung und Bewältigung sozialer Probleme
- Einsatz für soziale Gerechtigkeit
- Orientierung am Selbstbestimmungsrecht und an der Würde des Menschen

**Fazit:** - „Zwischen allen Stühlen“  
- Prüfstand/ Legitimationsdruck

# Die Bedeutung der Sozialen Arbeit auf Handlungsebene



DVSG

- Lotse durch das Versorgungssystem
- Erschließen der Ressourcen aus allen Sozialgesetzen (einzelfallbezogen und einrichtungs-bezogen), z.B. Sicherung der Teilhabe (SGB IX)
- Servicefunktion für den Patienten

# Die Bedeutung der Sozialen Arbeit auf Systemebene



DVSG

- Schnittstellenmanagement zwischen Sektoren, Abteilungen/Berufsgruppen/Akteuren
- Vernetzung von Unterstützungsleistungen/ Angeboten
- Aufzeigen von Versorgungslücken und Lösungen – inhaltliche Konzeptentwicklung

## Forderungen an die Entscheidungsträger und Leistungserbringer



DVSG

- Berücksichtigung eines **ganzheitlichen Gesundheits- und Teilhabeverständnisses** (vgl. SGB IX) auch im SGB V
- **Multiprofessionelles patientenorientiertes Handeln** ist unabdingbar und langfristig effizient
- **Überwindung der Sektorengrenzen** innerhalb der Sozialgesetze

→ **Nutzung des Potentials der Sozialen Arbeit !**



# Forderungen an die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen



DVSG

- **Profil zeigen** innerhalb ökonomisch orientierter Rahmenbedingungen
- **Gemeinsames zielorientiertes Handeln** innerhalb der Sozialarbeit im Gesundheitswesen
- **Stärkere Außenorientierung** der Sozialarbeit über die jeweiligen Institutionsgrenzen hinweg
- **Impulsgebung** für patientenorientierte Kooperationen

## Einmischen, Einmischen, Einmischen

# Konsequenzen für die Soziale Arbeit



DVSG

- Wissen um gesetzliche Rahmenbedingungen/ Refinanzierungsmöglichkeiten/-systeme/ Entwicklungen
- Wissen um Inhalte/ “Produkte“/ Leistungen/ Methoden der Sozialarbeit
- Profil zeigen unter ökonomischen Rahmenbedingungen (Leistungserfassung)
- Darstellen von Effekten sozialarbeiterischen Handelns (Qualitätssicherung)
- Strategisches Handeln (gemeinsam/ Kooperation mit Bündnispartnern)

# Felder mit Perspektiven für die Soziale Arbeit



DVSG

## Schnittstelle Sozial-/Gesundheitswesen:

- Geriatrie
- Gerontopsychiatrischer Bereich (Demenz)
- Onkologie
- chronisch Kranke
- Palliativ-/Hospizversorgung
- Gesundheitsförderung „Benachteiligter“
- Selbsthilfe
- Vernetzung – Komplexe Versorgungssysteme

**Nur wer einen Kern hat,  
kann widerstehen.**

# Homepage



DVSG

- Deutsche Krankenhausgesellschaft  
[www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit  
im Gesundheitswesen (DVSG)  
[www.dvsg.org](http://www.dvsg.org)
- Deutscher Berufsverband für Soziale  
Arbeit (DBSH)  
[www.dbsh.de](http://www.dbsh.de)
- Deutsche Gesellschaft für Care und  
Case Management  
[www.dgcc.de](http://www.dgcc.de)