

# Bedarf an psychosozialer Arbeit besteht über Sektoren

## Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im ambulanten Kontext



Prof. Dr. Stephan Dettmers



Elke Cosanne

Das Sozial- und Gesundheitswesen mit einem komplexen Sozialleistungssystem sowie den unterschiedlichen Leistungsträgern und -erbringern ist für potenziell Leistungsberechtigte nur schwer durchschaubar und nutzbar. Beratungsangebote Sozialer Arbeit haben daher einen zentralen Stellenwert. Sie stellen die Voraussetzung dar, um Teilhabe gleichberechtigt und selbstbestimmt in verschiedenen Lebensbereichen zu ermöglichen und um bedarfsgerecht Rehabilitations- und Sozialleistungen sowie weitere Hilfen zur eigenverantwortlichen Lebensführung zu erschließen. Im stationären Bereich haben Patient\*innen mit den flächendeckend vorhandenen Sozialdiensten einen relativ geregelten und gesicherten Zugang zu den Beratungsleistungen der Sozialen Arbeit. Im ambulanten Versorgungskontext sind gesundheitsbezogene Beratungsstellen zwar ebenfalls etabliert, allerdings fehlt ein geregelter und bedarfsdeckender Zugang für gesundheitlich belastete Personen. Ein wesentlicher Grund dafür ist die bislang regional sehr verschiedene bis nicht vorhandene Regelfinanzierung dieser Angebote.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit/Krankheit, Teilhabe und sozialen Faktoren ist bekannt (vgl. RKI 2016, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband 2018). Schon seit Beginn des 20. Jahrhunderts wird durch zahlreiche empirische Studien nachgewiesen, dass Wechselwirkungen zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit/Krankheit bestehen“ (Ortmann 2019, S. 239). Dies ist in verschiedenen Zusammenhängen bedeutsam. Zum einen bestehen in unterschiedlichen sozialen Faktoren und/oder Lebenssituationen besondere Gesundheitsrisiken bzw. Ungleichheiten. Zum anderen können Erkrankungen verschiedene psychosoziale Auswirkungen mit sich bringen, die wiederum zu Schwierigkeiten führen können. Solche Zusammenhänge bilden sich aber in der Versorgungs- und Beratungslandschaft in Deutschland noch nicht ausreichend ab. Die Wirkungs- und Problemzusammenhänge von Sozialem und Gesundheit werden analog einer historisch bedingten Entwicklung des Sozialversicherungs- und Fürsorgesystems in das Sozial- und das Gesundheitswesen aufgesplittet. Allerdings sind die Einflüsse von gesundheitlichen Problemen auf Lebenswelt und Teilhabe nicht auf diese Systeme begrenzt und eine Separierung wird dieser Komplexität nicht gerecht.

**Veränderte Bedarfsstrukturen stellen hohe Anforderungen**  
Gesundheit ist ein hohes normatives Gut. Unabhängig davon, welcher Definition Gesundheit zugrunde liegt, stellt sie die Grundlage für eine Selbstentfaltung des Einzelnen und für Teilhabeverwirklichung in verschiedenen Lebensbereichen dar. Die Veränderungen in der Bedarfsstruktur der Gesellschaft und die Ressourcenknappheit machen eine ständige Neuerung, Verbesserung und Anpassung in der Versorgungs- und Beratungslandschaft und der Interaktion aller Beteiligten im Beratungsprozess erforderlich.

Die Erkenntnisse, dass es Steuerungsdefizite in Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt, hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens in mehreren Gutachten konstatiert (vgl. SVR 2014, 2018). In dem Gutachten des Jahres 2018 werden für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zwei Schwerpunkte benannt:

- Die Entwicklung der Angebotsstrukturen sollen zukünftig zum Teil effektiver und effizienter gesteuert werden mit Blick auf die Förderung des Patient\*innenwohls. Dies gilt „für die noch immer viel zu hohe Mauer zwi-

# ler Beratung grenzen hinaus

schen ambulanter und stationärer Versorgung“ (SVR 2018, S. 4).

- Steuerung der Leistungsberechtigten und deren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Dafür ist spezielles Orientierungswissen und (Selbst-)Steuerung unerlässlich. „Der aufgeklärte, mündige Patient, der sich selbst im Gesundheitssystem zurechtfindet, muss soweit wie möglich Ziel und Verpflichtung der Gesundheitspolitik bleiben“ (SVR 2018, S. 5).

Eine mangelnde Verzahnung der Gesundheitsleistungen bezieht sich sowohl auf die Sektoren der ambulanten und stationären Versorgung, als auch auf die unterschiedlichen Angebote für die Behandlungsphasen, die einzelnen beteiligten Berufsgruppen und die verschiedenen Leistungsträger, -erbringer und Leistungsberechtigten. Durchgehend sind Qualitätsbrüche an den Schnittstellen zu verzeichnen. In der Interaktion der Partner\*innen sind massive Schwierigkeiten zu konstatieren. Die historisch gewachsenen Strukturen haben ein hohes Maß an Unveränderlichkeit, „sie hinken den demographischen, wirtschaftlichen, sozialen und politischen Veränderungen, aber auch dem sich ändernden Morbiditätsspektrum und den lebensweltlichen Bezügen der Patienten hinterher“ (SVR 2001, S. 68). Die Defizite bestehen vorwiegend in der mangelnden Koordination, Kooperation und Flexibilisierung der am Versorgungsprozess Beteiligten.

Die veränderte Bedarfsstruktur stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten des Sozial- und Gesundheitswe-

sens für eine angemessene Versorgung. So sind beispielsweise persönliche Hilfen zur Krankheitsbewältigung, Informations- und Schulungsangebote zur Stärkung der Selbstkompetenzen und der Partizipation der Erkrankten, Maßnahmen zur Wiedereingliederung und die Sicherung der ökonomischen und sozialen Unterstützung bei längerem Krankheitsverlauf als selbstverständliche Elemente zu etablieren. Die Vorbeugung bzw. Verhinderung von Sekundärfolgen (beispielsweise vorzeitige Berentung, Pflegebedürftigkeit) gewinnt an Bedeutung. Die Wechselwirkung im Anpassungsprozess der Bedarfsstruktur und der Leistungsanbieter und -träger bedingt eine Ausdifferenzierung und Spezialisierung der Dienstleistungen. Die Zunahme an Komplexität bedarf einer verstärkten Koordination

und Kooperation der einzelnen Beteiligten im Beratungs- und Behandlungsprozess. Einige Bereiche in der ambulanten Versorgung kennen kaum die Potenziale Sozialer Arbeit für die genannten Leistungsanforderungen (vgl. Beitrag zur Notfallversorgung in diesem Heft, S. 10).

Ein wissenschaftliches Gutachten des Bundesministeriums für Gesundheit zum psychoonkologischen bzw. psychosozialen Versorgungsangebot in Deutschland konstatiert folgenden Mangel: „Bezogen auf die Versorgungsdichte zeigen sich für den ambulanten bzw. Nachsorgebereich erhebliche regionale Unterschiede: So zeigt sich für mehr als die Hälfte der Regionen eine Versorgungsdichte von weniger als 50 Prozent. Für weitere 30 Prozent der Regionen besteht

Foto: Syda Productions, adobe stock.com



Verstärkte ambulante Versorgung sollte sich nicht auf den medizinischen Bereich beschränken, sondern den Ausbau psychosozialer Beratungsstrukturen implementieren.

nur ein Deckungsgrad zwischen 50 und 75 Prozent. Bei weniger als 20 Prozent der Regionen kann bei Zugrundelegung der getroffenen Annahmen von einer hohen Versorgungsdichte ausgegangen werden“ (Schulz et al. 2018, S. 352).

## **Ambulante psychosoziale Beratung muss gestärkt werden**

Beratung im ambulanten Kontext bedeutet, einen niedrigschwelligen Zugang für Menschen anzubieten. Dies kann durch aufsuchende Strukturen unterstützt werden oder durch eine Komm-Struktur, die in Beratungsstellen anzutreffen ist. Mögliche Alleinstellungsmerkmale hinsichtlich der Perspektiven und Kompetenzen der Fachkräfte Sozialer Arbeit sind beispielhaft an folgenden ausgewählten Aspekten und Theoriezugängen zu sehen (vgl. Dettmers 2019, S. 21 f.):

- **Person-in-Environment:** Die Wechselwirkung von Menschen und der sie umgebenden sozialen und natürlichen Netzwerke ist die Orientierungsgröße für die Fallarbeit
- **Transdisziplinäres Grundverständnis:** Umfangreiche Wissensbestände von mehreren Fachdisziplinen und Wissenschaften sind erforderlich, um komplexe Zusammenhänge zu erkennen, Probleme und Sachverhalte zu kontextualisieren und Lösungsideen zu entwickeln.
- **Bio-psycho-soziales Grundverständnis** von Gesundheit und Krankheit

Sozialarbeiter\*innen in ambulanten Beratungsstellen verfügen über fachliche Kompetenzen, um Interventionen zur sozialen Sicherung, sozialen Unterstützung, persönlichen Förderung zu identifizieren und zu installieren sowie die Navigation von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen zu gewährleisten. In dem komplexen System ist zur Erschließung von Hilfen eine bessere Orientierung und Unterstützung in der Entscheidungsfähigkeit/-möglichkeit unabdingbar (vgl. Dettmers 2019, S. 23).

Die Regelfinanzierung für ambulante Beratungsstellen wird in unter-

schiedlichen Praxisfeldern von unterschiedlichen Akteur\*innen gefordert. Am Beispiel von Krebsberatungsstellen wird ein festgelegter Verteilerschlüssel für die Leistungsträgerschaft, der die gesetzlichen Kranken-, die Rentenversicherungsträger sowie die öffentliche Hand (Länder, Kommunen) und eine Selbstbeteiligung der Dienstleistungserbringer vorsieht, diskutiert (vgl. BMG 2020, S. 8). In der Umsetzung allerdings lässt auch diese Idee auf sich warten, obwohl unter Mitwirkung der verschiedenen Akteur\*innen die Notwendigkeit der Gewährleistung eines regelfinanzierten Angebots in der ambulanten psychosozialen und psychoonkologischen Beratungs-/Versorgungslandschaft zweifelsfrei besteht (vgl. Schulz et al. 2018). „Im stationären Bereich hat es in den letzten Jahren deutliche Verbesserungen insbesondere dort gegeben, wo onkologische Zentren gebildet wurden, weil dort das psychoonkologische Angebot eine Voraussetzung der Zertifizierung darstellt. Prioritär ist aus unserer Sicht die Sicherstellung und Weiterentwicklung des ambulanten bzw. Nachsorgebereichs. (...) Schließlich ist bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, dass mittelfristig aufgrund der demografischen Entwicklung tendenziell eher von einer Steigerung der Zahl der Neuerkrankungen und damit auch der Behandlungsfälle auszugehen ist“ (Schulz et al. 2018, S. 355). Mit einer fundierten und gesicherten Personalbedarfsplanung mit deutlicher Einbindung Sozialer Arbeit ließe sich im ambulanten Bereich sowie auch in Notaufnahmen die Versorgungsqualität deutlich steigern. „Die Profession Sozialer Arbeit [ist] aus gesundheitsökonomischer und gesellschaftlicher Sicht eine notwendige Ergänzung bei der sektorenübergreifenden, qualitätsgesicherten und ganzheitlichen PatientInnenbehandlung“ (Beivers & Kramer 2019, S. 134).

## **Erforderlich ist eine bedarfsgerechte und finanziell gesicherte ambulante gesundheitsbezogene Beratung**

Psychosozialen Faktoren wird nach wie vor zu wenig Bedeutung als rele-

vante Einflussgröße in der Entstehung von Erkrankungen, der Aufrechterhaltung von Gesundheit, der Förderung von Gesundheitskompetenz und der Krankheitsverarbeitung geschenkt, obwohl in Politik, Wissenschaft und Gesellschaft der Zusammenhang von sozialen Faktoren, Teilhabe und Gesundheit bekannt ist. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Befunde wäre es zwingend, die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit im interdisziplinären Beratungs- und Versorgungsportfolio stärker und regelhaft zu implementieren.

Sozialarbeiter\*innen übernehmen die Beratung und Unterstützung bei sozialen, beruflichen und materiellen Problemlagen sowie psychischen Belastungen, führen gesundheitsedukative Maßnahmen durch und nehmen eine leistungserschließende und leistungskordinierende Funktion wahr (DVSG 2013, S. 3). Soziale Arbeit sollte aufgrund der Bedarfe von gesundheitlich eingeschränkten Menschen eine größere und selbstverständlichere Rolle im ambulanten Beratungskontext im Gesundheitswesen spielen. Allerdings fehlen nach wie vor regelhafte Finanzierungsmodelle, um den Zugang zur psychosozialen Beratung jeder bzw. jedem unabhängig vom Aufenthaltsort bedarfsgerecht zu eröffnen. Ein Grund dafür ist der fehlende rechtliche Zugang Sozialer Arbeit als Heilberuf (Igl 2014).

Ambulante Beratungsangebote sind kontinuierlich, bedarfsgerecht, angemessen und regelfinanziert zur Verfügung zu stellen. Dies sollte in einem Sozialstaat ein Anliegen aller Akteur\*innen und letztlich eine Selbstverständlichkeit sein. Geht es doch darum, die Bürger\*innen in ihrem Selbstbestimmungsrecht zu stärken und in die Lage zu versetzen, Teilhabeverwirklichung in den verschiedenen Lebensbereichen zu ermöglichen. Die soziale und gesundheitliche Ungleichheit führt zu vielfältigen Benachteiligungen. Die Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit werden an manchen Stellen benannt, jedoch ist die ambulante Beratung bisher großteils auf das für-

sorgefinanzierte Sozialwesen beschränkt. Diese muss besser mit dem Gesundheitswesen verzahnt und finanziell abgesichert werden.

Hier ist die Politik gefragt, um notwendige durchgreifende Reformschritte mit einem Ausbau der psychosozialen Beratungsstrukturen zu implementieren. Die Forderung nach verstärkter ambulanter Versorgung und Behandlung (vgl. SVR 2018) darf und sollte sich nicht nur auf den medizinischen Bereich beschränken. Das greift zu kurz. Für eine zeitgemäße bedarfsgerechte gute Beratung, die durch

Soziale Arbeit geleistet wird, sind Anpassungen notwendig, die sich auf verschiedene Rahmenbedingungen und Aspekte beziehen. Grundsätzlich sind psychosoziale Beratung sowie Steuerungs-, Vernetzungs- und Koordinationsleistungen für das Gesundheits- und Sozialwesen erforderlich. Dazu braucht es eine verbindliche Absprache zwischen Beteiligten im interdisziplinären Kanon. Soziale Arbeit sollte zwingend stärker eingebunden werden. Die Soziale Arbeit ist dazu bereit und in der Lage, ihren Beitrag mit Beratungs- und Lotsenkompetenzen zu leisten.

■ Prof. Dr. Stephan Dettmers lehrt am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel und ist 1. Vorsitzender der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG),  
© stephan.dettmers@dvsg.org

■ Elke Cosanne, M.A., Diplom-Sozialarbeiterin ist Geschäftsstellenleiterin und Referentin für Fortbildung der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG),  
© elke.cosanne@dvsg.org

## Literatur

Beivers, A.; Kramer, U. (2019): **Die gesundheitsökonomische Perspektive am Beispiel der Kliniksozialdienste.** In: Dettmers, S.; Bischkopf, J. (Hg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München. Reinhardt-Verlag, S. 130–134.

Bundesministerium für Gesundheit (2020): **Nationaler Krebsplan. Empfehlungen für das Leistungsspektrum, die Qualitätskriterien und für Finanzierungsmodelle ambulanter psychosozialer Krebsberatungsstellen.** Online verfügbar: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/N/Nationaler\\_Krebsplan/Empfehlungspapier\\_LQF\\_Krebsberatungsstellen\\_AG\\_KBS.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Empfehlungspapier_LQF_Krebsberatungsstellen_AG_KBS.pdf) (21.07.2020).

Dettmers, S. (2019): **Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit.** In: Dettmers, S.; Bischkopf, J. (Hg.): Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München. Reinhardt-Verlag, S. 18–25.

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband. (2018): **Wer die Armen sind. Der Paritätische Armutsbericht 2018.** Berlin: Eigenverlag.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2013): **DVSG-Positionspapier. Anforderungen an die Weiterentwicklung der ambu-**

**lantem gesundheitsbezogenen Beratungslandschaft – Zugang für sozial benachteiligte Gruppen verbessern.** Online verfügbar: [https://dvsg.org/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/DVSG-Positionspapier\\_Ambulante\\_Beratung.pdf](https://dvsg.org/fileadmin/_migrated/content_uploads/DVSG-Positionspapier_Ambulante_Beratung.pdf) (21.07.2020).

Igl, G. (2014): **Voraussetzungen und Anforderungen an die rechtliche Regulierung von Aufgaben und Tätigkeiten der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen.** Online verfügbar: <http://dvsg.org/publikationen/gutachten/rechtsgutachten-2014/> (13.3.2018)

Robert Koch-Institut (Hg.) (2016): **Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.** RKI, Berlin DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-021.2. Online verfügbar: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/kurzfassung\\_gesundheit\\_in\\_deutschland.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsGiD/2015/kurzfassung_gesundheit_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile) (5.8.2020).

Ortmann, K. (2019): **Soziale Arbeit als Gesundheitsarbeit im Sozialwesen.** In: Dettmers, S.; Bischkopf, J.: Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. München. Reinhardt-Verlag, S. 239–244.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001):

**Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung Gutachten 2000/2001.** Ausführliche Zusammenfassung. Online verfügbar: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2000-2001/Kurz-f-de-01.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Kurz-f-de-01.pdf) (05.08.2020)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014): **Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbe-reiche.** Online verfügbar: [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Langfassung.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf) (21.07.2020)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2018): **Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Kurz- und Langfassung.** Online verfügbar: <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606> (21.07.2020)

Schulz, H.; Bleich, Ch.; Bokemeyer, C.; Koch-Gromus, U.; Härter, M. (2018): **Psychoonkologische Versorgung in Deutschland. Bundesweite Bestandsaufnahme und Analyse.** Hamburg. Online verfügbar: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/gesundheits/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3273> (09.02.2020)