

Soziale Arbeit als Ergänzung in der Notfallversorgung

Die vom Gesetzgeber geplanten Integrierten Notfallzentren brauchen psychosoziale Beratungskompetenz



Ulrike Kramer

Rettungsdienste und Notaufnahmen in Krankenhäusern werden zunehmend als Anlaufstellen auch für psychosoziale Problemlagen in Anspruch genommen. Dadurch kommen in Notaufnahmen zunehmend Menschen an, die aufgrund der medizinischen Einschätzung keinen stationären Versorgungsbedarf, sondern primär psychosoziale Bedarfslagen haben. Dafür gibt es derzeit keine Lösung, da die Sozialdienste der Krankenhäuser – bis auf wenige Ausnahmen – nicht in die Notfallversorgung integriert sind. Der Beitrag zeigt im Hinblick auf die aktuell geplante Reform der Notfallversorgung auf, welche Aspekte dabei berücksichtigt werden sollten, um eine bedarfsgerechte und patientenorientierte Notfallversorgung zu gestalten, die neben der medizinischen Versorgung auch die psychosozialen Fragestellungen und Notlagen von Patient*innen berücksichtigt und Interventionen anbieten kann.

In Notaufnahmen der Krankenhäuser steigen seit Jahren die Patientenzahlen, allerdings nicht nur, weil der notfallmedizinische Versorgungsbedarf steigt. Häufig suchen Menschen, die im eigentlichen Sinne keine Notfälle sind, die Notversorgung selbst auf oder rufen den Rettungswagen und werden so in die Krankenhausnotaufnahme eingeliefert. Dies führt zunehmend zu einer Überlastung der Notfallversorgung. Ein Notfall liegt vor, „... wenn sich der Versicherte infolge von Verletzungen oder Krankheit in unmittelbarer Lebensgefahr befindet, sein Gesundheitszustand eine lebensbedrohliche Verschlechterung erwarten lässt oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, sofern nicht unverzüglich eine medizinische Versorgung erfolgt“ (§ 60 Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung). Die Inanspruchnahme der

Notaufnahmen zeigt derzeit ein anderes Bild. Laut Bericht des RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung aus dem Jahr 2018 zur Notfallversorgung in Deutschland, nutzen zu viele Patient*innen mit einem geringen Risiko die Ressourcen der Krankenhäuser. Das liege zum einen an der Unsicherheit der Patient*innen, nicht abschätzen zu können, wie bedrohlich die Gesundheitsstörung tatsächlich ist, aber auch an dem scheinbar bestehenden Anspruch, dass Notfallkrankungen einer raschen und grundlegenden Abklärung bedürfen, die nur in Notaufnahmen möglich sei (Augurzyk et al. 2018, S. 29).

Gleichzeitig sind die Notaufnahmen zunehmend Anlaufstellen für soziale Themen, Probleme und Konflikte. Bereits 2003 wies der Sachverständigenrat zur Begutachtung im Gesundheitswesen (SVR) mit Blick auf den Ret-

tungsdienst auf die psychosozialen Versorgungsnotwendigkeiten in der Notfallversorgung hin: „Vor dem Hintergrund sich verändernder gesellschaftlicher Strukturen ist die Einsatzrealität im Rettungswesen von einer Zunahme internistischer und psychosozialer Notfälle geprägt. Der Rettungsdienst als jederzeit flächendeckend und niedrighschwellig verfügbare Institution wird zunehmend mit Krisensituationen unterschiedlichster Art konfrontiert, deren gemeinsames Charakteristikum ein Versagen sozialer Ressourcen in Familie, Lebensumfeld oder Gesellschaft ist. Für ein adäquates Management daraus resultierender psychosozialer Notfälle muss die Konzeption des Rettungsdienstes als linear angeordnete Rettungskette überdacht werden. Aus Sicht des Rates sollten zukünftig jederzeit verfügbare psychosoziale Notfalldienste die rettungsdienstliche Akutversorgung

und die existierenden psychosozialen Versorgungsangebote ergänzen“ (SVR 2003, S. 101). Der SVR empfiehlt in diesem Zusammenhang die Weiterentwicklung des Rettungswesens weg vom Modell der „Rettungskette“ hin zu einem Konzept eines Notfallnetzwerkes (ebd., S. 102).

Im Rahmen einer Studie in klinischen Notfallambulanzen in Berlin wurde ebenfalls im Jahr 2003 festgestellt, dass die Notaufnahmen als niederschwellige Versorgungseinrichtung auch bei psychosozial bedingten Problemlagen eine wichtige Anlaufstelle darstellen, wobei sie weder personell noch strukturell darauf ausgerichtet seien. Allerdings müssen Patient*innen, die nur einer kurzen medizinischen Intervention bedürfen oder keinen Behandlungsbedarf haben, aber ein erhebliches Versorgungsproblem oder besondere soziale Belastungen mitbringen, ebenfalls Beachtung finden. Insbesondere auch deshalb, weil sie ohne eine entsprechende Lösung für ihre Problem häufig nach kurzer Zeit erneut vorstellig werden und somit eine Fehlnutzung medizinischer Versorgungskapazitäten erfolgt (Borde et al. 2003).

Gesellschaftliche Veränderungen und soziale Rahmenbedingungen

Der demographische Wandel, die Zunahme von geriatrischen Patient*innen, die Zunahme von psychischen Erkrankungen sowie die Veränderung familiärer Strukturen, die Zunahme von Single-Haushalten, das Fehlen sozialer Netzwerke, Gewalt im häuslichen Umfeld, psychische Belastungen, existenzielle Belastungen durch Arbeitslosigkeit, Armut, Migration sind Aspekte, die die Herausforderungen in Krankenhäusern im Allgemeinen und besonders in den Notaufnahmen prägen, zumal sie auch die Versorgung nach dem Aufenthalt erheblich beeinflussen. Hinzu kommen aktuell die psychosozialen Auswirkungen der Corona-Pandemie, die noch nicht in vollem Ausmaß absehbar sind. Grundsätzlich werden künftig nicht-medizinische Versorgungsbedarfe vulnerabler Gruppen weiter zunehmen.

Foto: upixa, adobe stock



Die Patientenzahlen in deutschen Notaufnahmen steigen seit Jahren, aus vielfältigen Gründen.

Psychosoziale Themen rücken damit stärker in den Fokus, werden allerdings bislang in der Regel ausgeklammert. Die Beachtung dieser Aspekte stellt eine umfassende und damit häufig nachhaltigere Behandlung dar und könnte zur Umsetzung des Patientenwohls als ethisches Leitprinzip erheblich beitragen (Jatzko & Madler 2017). Folglich muss auch in der Notaufnahme das schnelle Erkennen von psychosozialen Faktoren gewährleistet werden, um tragfähige Lösungen für Patient*innen zu entwickeln und die Versorgung auch aus der Notaufnahme heraus direkt sicherzustellen. Das Einschalten eines ambulanten Pflegedienstes, die Organisation eines Platzes in der Akutgeriatrie, die Organisation eines Hausnotrufs, die Vermittlung kommunaler Unterstützungsleistungen, die Anbindung an Beratungsstellen, die Kontaktaufnahme zu Frauenhäusern, die Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst etc. sind Aufgabenstellungen, die in der Notaufnahme eine zunehmende Bedeutung haben werden, auch damit eine stationäre Aufnahme vermieden werden kann.

Psychosoziale Beratungs- und Steuerungskompetenz in der Notaufnahme

Rechtlich betrachtet haben alle Versicherten entsprechend § 11 Abs. 4 SGB V einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche. Diese Aufgabe wird den Leistungserbringern zugewiesen. Im Falle einer akutstationären Behandlung sind die Krankenhäuser für das Versorgungsmanagement zuständig. Der Gesetzgeber hat 2017 diese Regelung für teilstationäre und stationäre Patient*innen durch den Rechtsanspruch auf Entlassmanagement in § 39 Abs. 1a SGB V erneut bestärkt. Ein Teil der Patient*innen der Notaufnahme wird stationär aufgenommen. Für diese Patient*innen greifen selbstverständlich die Regelungen, die im Rahmenvertrag Entlassmanagement vereinbart sind. Sie werden somit in die Entlassmanagementabläufe und -prozesse eingeschlossen und haben einen geregelten Zugang zu den psychosozialen Beratungsleistungen der Sozialen Arbeit im Krankenhaus.



Foto: Robert Poorten, adobe stock

Soziale Arbeit ist bislang in der Notaufnahme weder vertreten noch refinanziert. Die Implementierung Integrierter Notfallzentren ermöglicht durch Einbeziehung sozialarbeiterischer Beratungskompetenz eine ganzheitliche Versorgung und zugleich die Entlastung medizinischen Personals.

Der überwiegende Teil verlässt die Notaufnahme ohne stationäre Aufnahme oder nach einem kurzen Aufenthalt von wenigen Stunden. Aufgrund der häufig vorhandenen psychosozialen Belastungen werden aus der Perspektive von Patient*innen Versorgungsfragen aufgeworfen, die derzeit im Rahmen der Notfallversorgung nicht strukturiert erfasst, bearbeitet und gelöst werden. Vor dem Hintergrund der Verpflichtung zum Versorgungsmanagement müssen Krankenhäuser aber genau genommen auch für Patient*innen der Notaufnahme eine sachgerechte Anschlussversorgung gewährleisten. Neben einer exzellenten medizinischen Betreuung von Patient*innen geht es um die Berücksichtigung psychosozialer Fragestellungen und Versorgungsproblematiken. Nur wenn diese erkannt und professionell bearbeitet werden, kann eine nachhaltige und passgenaue Versorgung von Patient*innen auch nach dem Aufenthalt in einer Notaufnahme sichergestellt werden. Die Entlassmanagementregelungen für den stationären Bereich könnten für die Notaufnahme analog angewendet bzw. angepasst

und damit die bereits vorhandenen Kompetenzen der Sozialen Arbeit für diese Aufgabe genutzt werden.

Die bereits erwähnte Studie zur Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen in Berlin empfiehlt hierfür sogenannte patientenorientierte Notfallambulanzen, die als multidisziplinäre Einrichtungen neben der notfallmedizinischen Versorgung auch eine allgemeinmedizinische Praxis sowie eine psychosoziale Beratungsstelle anbieten (Borde et al. 2003, S. 153). Neben der psychosozialen Beratung und Krisenintervention soll diese angegliederte Beratungsstelle unter anderem auch die umgehende Weiterleitung an geeignete Institutionen (beispielsweise spezielle Beratungsstellen, Frauenhäuser, Einrichtungen für Wohnungslose, Alkohol- und Drogenentzug, Pflegeeinrichtungen, ambulante Nachsorge) leisten (ebd, S. 155).

Fachliche Kompetenz der Sozialen Dienste in Notfallzentren nutzen

Soziale Arbeit bringt in den Sozialdiensten der Krankenhäuser sowohl für die psychosoziale Beratung und Begleitung von Patient*innen und

Angehörigen als auch mit Blick auf das Entlassmanagement eine wichtige Qualifikation ein. Sie hat hohe Navigations- und Netzwerkkompetenz in Bezug auf die Leistungsträger, Leistungserbringer der ambulanten und stationären Versorgungslandschaft und die Selbsthilfeorganisationen. Sie beherrscht die verschiedenen Finanzierungslogiken aufgrund heterogener Leistungsansprüche. Die Installation von Hilfen sowie die Initiierung und Umsetzungen von Versorgungsmaßnahmen nach SGB V und XI und weiterer gesetzlicher Grundlagen, werden insbesondere in komplexen Fällen erforderlich und durch den Zugang Sozialer Arbeit im Lebensweltbezug möglich gemacht. Die Sicherstellung von trägerübergreifender Teilhabe im Rahmen von Einzelfallhilfe ist eine Kernkompetenz von Sozialer Arbeit in Kliniken. Auch der Sachverständigenrat für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens verwies in seinem Gutachten im Jahr 2018 auf die Kompetenzen Sozialer Arbeit. „Der Sozialer Arbeit fällt die Abstimmung des nachstationären Unterstützungsbedarfs mit den Patient*innen, dem sozialen Umfeld bzw. dem Behandlungsteam zu. Dazu gehören die relevanten Antragstellungen gemäß SGB II, SGB V, SGB VI, SGB IX, SGB XI, SGB XII usw. sowie Angehörigengespräche, die Organisation der nachstationären Versorgung in Abstimmung mit Kostenträgern, die Organisation ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege, Hausnotruf, Mobilitäts- und Fahrdienste, Haushaltshilfe, Klärung von Fahrtkosten, die Organisation eines Entlass-/Verlegungstransportes bei Rehabilitation sowie die Überleitung an nachstationäre Dienste und Einrichtungen“ (SVR 2018, S. 482).

Aktuell ist Soziale Arbeit in der Notaufnahme nicht vertreten und auch nicht refinanziert. Im Rahmen des DRG-Systems ist die Leistungserbringung für stationäre Patient*innen mit eingepreist. Bei der Abrechnung ambulanter Leistungen besteht im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) keine Abrechnungsmöglichkeit, da es sich um die Gebührenordnung der

gesetzlichen Krankenversicherung für medizinische Leistungen handelt, die von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen erbracht werden.

Empfehlungen für die Reform der Notfallversorgung

Der im Januar 2020 vom Bundesministerium für Gesundheit vorgelegte Referentenentwurf zur Reform der Notfallversorgung zielt auf die bestmögliche Versorgung von Menschen in medizinischen Notlagen ab und bezeichnet dies als eine zentrale Aufgabe des Gesundheitswesens. Ziel des Gesetzes ist, die bisher getrennt organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem System der integrierten Notfallversorgung weiter zu entwickeln. Eine der im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen ist die Schaffung von Integrierten Notfallzentren (INZ) an ausgewählten Krankenhausstandorten unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhäuser (BMG 2020).

Die Implementierung von Integrierten Notfallzentren bietet die Möglichkeit, durch die Einbeziehung von Beratungskompetenz durch Soziale Arbeit eine ganzheitliche, patientenorientierte und bedarfsgerechte Steuerung und Inanspruchnahme, insbesondere mit Blick auf psychosoziale Problemlagen und Versorgungsfragen im Sinne des Patientenwohls umzusetzen. Die ergänzende Beratungs- und Vernetzungskompetenz könnte Patient*innen unmittelbar zugutekommen, sowohl zur Entlastung der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden sowie um Wiedervorstellungen zu reduzieren.

Der gesetzlich festgelegte Anspruch auf Entlassmanagement, respektive auf Versorgungsmanagement ist ein Bestandteil der Logik, dass eine passgenaue und am Bedarf orientierte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg dringend erforderlich ist und als multidisziplinäre Aufgabe erfüllt werden muss. Daraus ergeben sich folgende Empfehlungen:

- In Ergänzung zur ärztlichen und pflegerischen Versorgung in der Notaufnahme kann Soziale Arbeit als Bestandteil des multidisziplinären Teams ein innovativer Ansatz sein, um Bedürfnissen von Patient*innen ganzheitlich gerecht zu werden, aber ebenso vorhandene Berufsgruppen mit Blick auf ihre Kernaufgaben zu entlasten.
- Durch eine frühe, strukturierte Einbindung des Sozialdienstes in den Behandlungsprozess der Notaufnahme lassen sich Bedarfe im Versorgungsmanagement zu einem sehr frühen Zeitpunkt ermitteln und somit sofort in Interventionen überführen.
- Für das Krankenhaus ist das Potenzial zu bewerten, zeitliche Behandlungsverläufe sowohl in der Notaufnahme als auch später stationär zu optimieren und durch eine eindeutige Prozessverantwortlichkeit beim

Sozialdienst interne Schnittstellenbrüche zu vermeiden.

- Die Finanzierung einer solchen Beratungsleistung muss von Anfang an im Budget der Integrierten Notfallzentren verankert werden, zumal der Fokus insbesondere auf der bedarfsgerechten Steuerung und nachhaltigen Versorgung der Patient*innen liegt, die zunächst keinen stationären Behandlungsbedarf aber sehr wohl einen pflegerischen und/oder psychosozialen Versorgungsbedarf haben.

■ *Ulrike Kramer M.A.,
Diplom-Sozialarbeiterin, Leitung
Stationäres Patientenmanagement
& Sozialdienst des Universitäts-
klinikums Düsseldorf, 2. Vorsit-
zende der Deutschen Vereinigung
für Soziale Arbeit im
Gesundheitswesen e. V. (DVSG),
© ulrike.kramer@dvsg.org*

Literatur

Augurzky, B. et al. (2018): **Notfallversorgung in Deutschland: Projektbericht im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**. Essen: RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, S.29. Online verfügbar: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/180218/1/1025382552.pdf> (17.08.2020)

Borde, T.; Braun, T.; David, M. (2003): **Unterschiede in der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch deutsche Patienten/innen und Migranten/innen. Problembeschreibung, Ursachenanalyse, Lösungsansätze. Schlussbericht**. Berlin. Online verfügbar: https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/_userHome/41_bordet/Schlussbericht_Notfallambulanzen_Sept._2003.PDF (17.08.2020)

Bundesministerium für Gesundheit (2020): **Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung**. Berlin. Online verfügbar: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf (17.08.2020)

Jatzko, A., & Madler, C. (2017): **ZNA als Anlaufstellen bei sozialen Problemen**. In: Moecke, H.; Lackner, C.; Dormann, H.; Gies, A.: *Das ZNA-Buch*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 493–497.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): **Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten 2003. Kurzfassung**. Online verfügbar: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2003/kurz-f-de03.pdf (17.08.2020)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): **Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018**. Online verfügbar: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (17.08.2020)